

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1963

THÈSE

N°

546

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Jean-Sauveur ELBAZ

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

Chef de clinique chirurgicale à la Faculté

Né le 28 Juillet 1934, à CONSTANTINE (Algérie)

Présentée et soutenue publiquement le 1963

**TRAITEMENT
DES HYPERTROPHIES MAMMAIRES
AVEC OU SANS PTOSE
PAR LA MÉTHODE
DITE "OBLIQUE EXTERNE"
A PROPOS DE 114 CAS OPÉRÉS**

TRAVAIL DU SERVICE DU DOCTEUR CL. DUFOURMENTEL,
CHIRURGIEN DES HÔPITAUX, HÔPITAL SAINT-LOUIS (PARIS)

Président : M. CORDIER, Professeur

LIBRAIRIE ARNETTE
PARIS

1963

ANNEE 1963

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Jean-Sauveur ELBAZ

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

Chef de clinique chirurgicale à la Faculté

Né le 28 Juillet 1934, à **CONSTANTINE** (Algérie)

Présentée et soutenue publiquement le

TRAITEMENT DES HYPERTROPHIES MAMMAIRES AVEC OU SANS PTOSE PAR LA MÉTHODE DITE "OBLIQUE EXTERNE"

A PROPOS DE 114 CAS OPÉRÉS

TRAVAIL DU SERVICE DU DOCTEUR CL. DUFOURMENTEL,
CHIRURGIEN DES HÔPITAUX, HÔPITAL SAINT-LOUIS (PARIS)

Président : M. CORDIER, Professeur

LIBRAIRIE ARNETTE
PARIS

1963



PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. ALAJOUANINE (T.), AUBIN (A.), BENARD (H.), BULLIARD (H.), CADENAT (F.), CHABROL (E.), CHAMPY (C.), DEBRE (R.), FEY (B.), GASTINEL (P.), HALPHEN (E.), HAZARD (R.), HEUYER (G.), LANTUEJOUL (P.), LAROCHE (G.), LEVY-SOLAL (E.), LIAN (C.), MATHIEU (P.), MOCCOUOT (P.), MONDOR (H.), MONOD (R.), MOREAU (R.), MOULONGUET (P.), OLIVIER (E.), PÂSTEUR VALLÉRY-RADOT, PETIT-DUTAILLIS (D.), QUENU (J.), RICHET (C.), SENEQUE (J.), STROHL (A.), TANON (L.).

Doyen	Léon BINET
	Membre de l'Institut.
1 ^{er} Assesseur	Jean VERNE.
2 ^e Assesseur	Gaston CORDIER.

I. — PROFESSEURS

1^o CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES.

a) Professeurs titulaires :

Anatomie	MM. DELMAS (A.)
Anatomie pathologique	DELARUE (J.)
Anesthésiologie	BAUMANN (J.)
Biochimie médicale	JAYLE (M.-F.)
	SCHAPIRA (G.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	CHAILLEY-BERT (P.)
Biologie médicale	FAUVERT (R.)
Cancérologie médicale et sociale	BERNARD (J.)
Embryologie	GIROUD (A.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie (Lariboisière)	N...
Histologie	VERNE (J.)
Hygiène et médecine préventive	JOANNON (P.)
Médecine du Travail	DESOILLE (H.)
Médecine légale	PIEDELIEVRE (R.)
Microbiologie (Bactériologie et virologie)	FASQUELLE (R.)
Parasitologie	GALLIARD (H.)
Pathologie chirurgicale	HUGUIER (J.)
Pathologie exotique	LAVIER (G.)
Pathologie expérimentale et comparée	MERKLEN (F.-P.)
Pathologie médicale	MILLIEZ (P.)
Pathologie respiratoire	TURIAF (J.)
Pathologie et thérapeutique générales	BOUDIN (G.)
Pharmacologie	CHEYMOL (J.)
Physiologie	BINET (L.)
	BARGETON (D.)
Physiologie et pathologie obstétricale	LEPAGE (F.)
Physique médicale	DOGNON (A.)
	DJOURNO (A.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)
Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale	N...
Thérapeutique	CONTE (M.)

b) Professeurs à titre personnel :

Biochimie médicale	DESGREZ (P.)
Biologie médicale	POLONOVSKI (J.)
Embryologie	BOURLIERE (F.)
Hygiène et médecine préventive	TUCHMANN (H.)
Parasitologie	DEPARIS (M.)
Pathologie chirurgicale	BRUMPT (L.-C.)
Pharmacologie	LAURENCE (G.)
Physiologie	LEVY (Mlle J.)
Physique médicale	PARROT (J.)
	KELLERSHOHN (L.)

2^o CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES.

a) Professeurs titulaires :

Clinique carcinologique chirurgicale (Necker)	REDON (H.)
Clinique cardiologique (Broussais)	MOUQUIN (M.)
	LORTAT-JACOB (J.L.)
	LEGER (L.)
Cliniques chirurgicales	PATEL (J.)
	CORDIER (G.)
	GOSSET (J.)
	SICARD (A.)
	OLIVIER (Cl.)
	FEVRE (M.)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants Malades)	MERLE
Clinique chirurgicale orthopédique et réparatrice (Cochin)	D'AUBIGNE (R.)
	DE GAUDART
Clinique de chirurgie cardiovasculaire (Broussais)	D'ALLAINES (F.)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire (Laennec)	MATHEY (J.)

Clinique endocrinologique (Pitié)	
Clinique de génétique médicale (Enfants-Malades)	
Clinique gynécologique (Broca)	
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (Saint-Louis)	
Clinique des maladies des Enfants (Enfants-Malades)	
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard)	
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Sainte-Anne)	
Clinique des maladies métaboliques (Necker)	
Clinique des maladies du sang (Broussais)	
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)	
	Boucicaut
	Broussais
	Cochin
Cliniques médicales	Cochin
	Hôtel-Dieu
	Lariboisière
	Pitié
	Saint-Antoine
Clinique médicale d'hydrologie thérapeutique et climatologie (Bichat)	
Clinique médicale propédeutique (Broussais)	
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition (Hôtel-Dieu)	
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)	
Clinique neurologique (Salpêtrière)	
Cliniques obstétricales	Baudelocque
	Foch (Suresnes)
Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal)	
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)	
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)	
Clinique de pédiatrie et de puériculture (Saint-Vincent-de-Paul)	
Clinique de pédiatrie sociale (Enfants-Malades)	
Clinique de pneumo-phthisiologie (Laënnec)	
Clinique de neuropsychiatrie infantile (Salpêtrière)	
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)	
Clinique stomatologique (Pitié)	
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard)	
Clinique thérapeutique médicale (Saint-Antoine)	
Clinique toxicologique	
Clinique traumatologique	
Sémiologie médicale	
Sémiologie et clinique chirurgicale	
Clinique urologique (Necker)	
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau)	

b) Professeurs à titre personnel :

Médecine	
----------------	--

MM.
DECOURT (J.)
LAMY (M.)
FUNCK-
BRENTANO (P.)
DEGOS (R.)
CATHALA (J.)
MOLLARET (P.)
DELAY (J.)
HAMBURGER (J.)
MARCHAL (G.)
CASTAIGNE (F.)
LENEGRE (J.)
SOULIE (P.)
JUSTIN-
BESANÇON (L.)
BROUET (G.)
BARIETY (M.)
SEZE (S. de)
DREYFUS (G.)
KOURILSKY (R.)
DEBRAY (C.)
GENNES (L. de)

DEROT (M.)
DAVID (M.)
GARCIN (R.)
LACOMME (M.)
MERGER (R.)
VARANGOT (J.)
RENARD (G.)
AUBRY (M.)
LELONG (M.)
MARIE (J.)
BERNARD (E.)
MICHAUX (L.)
COSTE (F.)
DECHAUME (M.)
ROUX (M.)
LEMAIRE (A.)
GAULTIER (M.)
PADOVANI (P.)
DOMART (A.)
POILLEUX (F.)
COUVELAIRE (R.)
TURPIN (R.)

BOUR (H.)
LHERMITTE (F.)
PEQUIGNOT (H.)

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGREGES ET MAITRES DE CONFERENCES-AGREGES

	MM.		
Anatomie	CABROL (C.)	Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	PLAS (F.)
	COUINAUD (C.)		BOIRON (M.)
	GILLOT (C.)	Carcinologie	DENOIX (P.)
	OLIVIER (G.)		MATHE (G.)
	GAUTHIER-VILLARS (Mlle P.), pr. s. ch.	Dermato-Syphiligraphie. }	SELIGMANN (M.)
Anatomie pathologique }	ABELANET (R.)		CIVATTE (J.)
	BUSSER (F.)	Electro-Radiologie ..	DUPERRAT (B.)
	CHOMETTE (G.)		LEDoux-LEBARD (G.)
	GOUYGOU (Ch.), m. conf.		BESSIS (M.)
	NEZELOFF (Ch.)	Hématologie	BILSKI-PASQUIER (G.)
	ORCEL (L.)		DAUSSET (J.)
	PAILLAS (J.)		DUHAMEL (G.)
Anesthésiologie	KERN (E.)	Histologie	COUJARD (R.), pr. s. ch.
	VOURCH (G.)		MAROIS (M.)
	BARBIER (P.)		RACADOT (J.)
Bactériologie	CHRISTOL (D.)	Hydrologie	BESANÇON (F.)
	LE MINOR (L.)		CORNET (A.)
	TOURNIER (P.)		BOYER (J.), pr. s. ch.
	BAULIEU Et, m. conf.	Hygiène	BLANCHER (G.)
	BOURILLON (R.)		CORRE-HURST (Mme L.)
	CARTIER (P.)		SAPIN-JALOUSTRE (H.)
Biochimie médicale ..	DREYFUS (J.-Cl.)	Maladies infectieuses }	BASTIN (R.)
	GONNARD (P.)		DUPONT (V.)
	KRUH (J.)		
	JEROME (H.)		

	MM.
	DEROBERT (L.), pr. s. ch.
Médecine légale	FOURNIER (E.) GUENIOT (M.) HADENGUE (A.)
Médecine du travail .	ALBAHARY (C.)
Neuro-chirurgie	PERTUISET (B.) GRANJON (A.) HERVET (E.) LE LORIER (G.) LEVY (J.) MORIN (P.) MUSSET (R.) ROBEY (M.) SENEZE (J.) SUREAU (C.) THOYER-ROZAT (J.)
Obstétrique	BREGEAT (P.) DUBOIS (A.) SARAUX (H.)
Ophthalmologie	JUDET (R.) MEARY (R.) POSTEL (M.) RAMADIER (J.)
Orthopédie	DEBAIN (J.) PIALOUX (P.)
Oto-Rhino-Laryngologie	GOLVAN (Y.) LAPIERRE (J.)
Parasitologie	BARCAT (J.) BINET (J.-P.) CAUCHOIX (J.) CERBONNET (G.) CHATELIN (C.-L.) DUBOST (Ch.) DUBOST (Cl.) FAUREL (J.) FLABEAU (F.) GARBAV (M.) GARNIER (H.) DE GAUDART-D'ALLAINES (Cl.) GERMAIN (A.) LATASTE (J.) LEVEQUE (B.) LOYGUE (J.) MERCADIER (M.)
Pathologie chirurgicale	NATALI (J.) PELLERIN (D.) PERROTIN (J.) ROBERT (H.) THOMERET (G.)
Pathologie exotique .	SCHNEIDER (J.)
Pathologie expérimentale	BENHAMOU (J.-P.) BERTHAUX (P.) BOUVIN (P.) CROSNIER (J.) HARTMANN (L.) LOEPER (J.) MAURICE (J.) MIKOL (Cl.) RICHET (G.)
Pathologie médicale . .	AUSSANNAIRE (M.) BOUVIER (J.) BOUVRAIN (Y.) BRICAIRE (H.) BRISAUD (H.)

	MM.
	BROCARD (H.) BUGE (A.) CATINAT (J.) CHRETIEN (J.) COBLENTZ (B.) CONTAMIN (F.) COURY (C.) ETIENNE (J.-P.) FREZAL (J.) FRITEL (D.) HENNEQUET (A.) HIMBERT (J.) HOUSSET (E.) LAROCHE (Cl.) LESOBRE (R.) MACREZ (C.) MOREAU (L.) NICK (J.) ROYER (P.) TOURNEUR (R.) WOLFROMM (R.)
Pathologie médicale .	JOSEPH (R.) LAFUCADE (J.) LEPERCQ (G.) MANDE (R.) MOZZICONACCI (P.) POLONOVSKI (C.) ROSSIER (A.) VIALATTE (J.)
Pédiatrie-Puériculture	BOISSIER (J.) LECHAT (P.)
Pharmacologie	BARRES (G.) DEJOURS (P.) DURAND (J.) GIRARD, m. conf. HUGELIN (A.) SCHERRER (J.)
Physiologie	CHANTEUR (J.) GOUGEROT (L.), m. conf., pr. s. ch. GREMY (F.), m. conf. MILHAUD (G.) PELLERIN (P.) ROUCAYROL (J.-Cl.) KREIS (B.) TUBIANA (M.), m. conf.
Physique médicale . .	KREIS (B.) MEYER (A.) RENAULT (P.)
Pneumo-phthisiologie . .	PICHOT (P.)
Psychiatrie	DENIKER (P.) DUCHE (D.) FLAVIGNY (H.) LAPRESLE (J.)
Psychiatrie infantile .	DELBARRE (F.)
Rhumatologie	CERNEA (P.) CHAPUT (Mme A.), m. c. agr. GRELLET (M.)
Stomatologie	CHASSAGNE (P.) LAMOTTE (M.) MARCHE (J.)
Thérapeutique	AUVERT (J.) MOULONGUET (A.) QUENU (L.)
Urologie	

**III. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES
CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE**

A TITRE PERMANENT :

	MM.		MM.
Anatomie	DEBEYRE (J.)	Clinique ophtalmologique	DESIGNES (P.) OFFRET (G.)
Clinique chirurgicale . .	{ ABOULKER (P.) AMELINE (A.), pr. s. ch. VERNE (J.-M.)	Clinique oto-rhino-laryngologique . . .	MADURO (R.)
Clinique médicale . . .	{ PERRAULT (M.) RAMBERT (P.) THIEFFRY (S.)	Clinique pédiatrique et puériculture	LAPLANE (R.)
Clinique obstétricale . .	{ GRASSET (J.) MAYER (M.)	Clinique psychiatrique . .	BARUK (H.)
		Clinique urologique . .	KUSS (R.)

IV. — PROFESSEURS DETACHES DANS LES UNIVERSITES ETRANGERES

Bactériologie	MM. HAUDUROY (P.), Pr. s. ch.
Pathologie chirurgicale	RUDLER (J.), Pr. s. ch.

V. — CHARGES DE COURS D'HYGIENE SCOLAIRE ET UNIVERSITAIRE

MM. BOLTANSKI (E.) - LAUNAY (C.)

Secrétaire général de la Faculté	M. LENA (J.)
Secrétaire principal	Mlle CHAINTREUIL (G.)
Conservateur en Chef de la Bibliothèque	{ M. le Docteur HAHN (A.)
Conservateur du Musée d'Histoire de la Médecine	
Conservateur	Mlle DUMAITRE (P.)
Bibliothécaires	Mmes CONTET (J.)
	FORGET (F.)
	Milles LAURENT (H.)
	LE NOIR (G.)
	QUIEVREUX (E.)



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41546325_0003

A MON TRES CHER PERE

Qui m'a inculqué l'honnêteté et
l'honneur dans la Chirurgie.

A MA FEMME ET A MA FILLE BIEN-AIMEES

A MON MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR CORDIER

Qui a été constamment pour moi
à la fois un guide et un exemple.

Qu'il veuille trouver ici, l'expression de ma très grande admiration, de ma reconnaissance et de ma fidélité toutes dévouées.

A MON MAÎTRE
LE DOCTEUR CL. DUFOURMENTEL
Chirurgien des Hôpitaux de Paris

Qui m'a tout enseigné de cette chirurgie si délicate, et m'a fait l'honneur de me confier comme sujet une technique qu'il a patiemment mise au point ; en espérant que ce modeste travail l'honorera.

A MON MAÎTRE ET AMI,

R. VILAIN

Chirurgien des Hôpitaux de Paris

Qui m'a donné la passion de la
Chirurgie plastique et réparatrice.

Qu'il veuille trouver ici, le témoi-
gnage de mon amitié dévouée.

A MON MAÎTRE ET AMI

R. MOULY

Qui m'a constamment guidé,
conseillé, et enseigné, et a mis à
ma disposition tous les fruits de
sa très sûre expérience personnelle.

A MON MAÎTRE

MONSIEUR LE DOCTEUR R. TUBIANA

Toute ma reconnaissance pour
son enseignement si précieux et si
cordial.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

EXTERNAT :

- M. LE PROFESSEUR CORDIER, *Professeur de Clinique chirurgicale.*
M. LE PROFESSEUR UHRY, *Médecin des Hôpitaux.*
M. LE DOCTEUR PERON, *Médecin des Hôpitaux.*
M. LE PROFESSEUR CATTAN, *Médecin des Hôpitaux.*

INTERNAT :

- M. LE PROFESSEUR CHIGOT, *Chirurgien des Hôpitaux.*
M. LE DOCTEUR NARDI, *Chirurgien des Hôpitaux.*
M. LE PROFESSEUR CORDIER, *Professeur de Clinique chirurgicale.*
M. LE DOCTEUR GARNIER, *Chirurgien des Hôpitaux, Professeur agrégé.*
M. LE DOCTEUR CABROL, *Chirurgien des Hôpitaux, Professeur agrégé.*
M. LE PROFESSEUR DELMAS.
M. LE PROFESSEUR MERLE D'AUBIGNE, *Professeur de Clinique chirurgicale, Chirurgien des Hôpitaux.*
M. LE DOCTEUR POSTEL, *Chirurgien des Hôpitaux, Professeur agrégé.*
M. LE DOCTEUR RAMADIER, *Professeur agrégé.*
M. LE DOCTEUR MEARY, *Chirurgien des Hôpitaux, Professeur agrégé.*
M. LE DOCTEUR MAURER, *Professeur agrégé.*
M. LE DOCTEUR J.-L. GRIGNON, *Stomatologiste des Hôpitaux.*

A MON AMI MONIOT

A qui je dois l'illustration de
cette Thèse.

PLAN

Après un bref rappel historique, nous rappellerons dans la première patrie :

- l'embryologie,
- la vascularisation et l'innervation du sein normal et pathologique,
- la classification des ptoses et des hypertrophies mammaires.

Dans une deuxième partie, nous citerons les autres techniques et les raisons qui nous ont fait choisir la « méthode oblique externe ».

Puis, nous décrirons la technique chirurgicale de cette méthode.

Enfin, dans une troisième partie, nous verrons les indications, les contre-indications et les résultats.

AVANT-PROPOS

Nous sommes infiniment reconnaissant à notre Maître M. DUFOURMENTEL, de nous avoir confié ce sujet.

La chirurgie d'exérèse est faite de gestes mutilants, mais simples, efficaces et salvateurs ; surtout ces gestes sont désormais parfaitement codifiés.

Il nous semble cependant que la vocation actuelle de la chirurgie est de réparer, remplacer, ou de refaire.

Il est certain que la plastie mammaire ne s'attaque à aucun problème vital ; sans aller jusqu'à l'aphorisme de GILLIES : « Une jeune fille dotée d'une grosse hypertrophie mammaire me fait autant pitié qu'un enfant brûlé », nous avons appris au cours de nos études psychiatriques à mesurer toute l'étendue de cette « pathologie des complexes », qualifiée à tort de mineure. Il s'agit en effet de difformités congénitales ou acquises, méritant d'être traitées au même titre qu'une hernie ou qu'un prolapsus. Encore doit-on posséder une technique sûre, peu dangereuse et efficace ; encore faut-il peser soigneusement l'indication de l'intervention : comme l'a écrit M. MOREL-FATIO, il existe trois sortes de raisons à opérer une ptose simple ou une ptose avec hypertrophie ; ce sont :

1° Les indications d'ordre somatique : valables surtout chez la jeune fille, et où l'indication est souvent relative ; on n'opérera que les seins douloureux, dont la pesanteur est pénible et entraîne une déformation des épaules, avec cyphose.

2° Les indications d'ordre social : de nombreuses professions comportant des rapports cons-

fants avec le public sont pratiquement fermées aux femmes affligées d'une hypertrophie mammaire.

3° Les indications d'ordre psychique :
c'est ici que l'intervention, lorsqu'elle s'adresse à un complexe pur, entraînera la modification la plus radicale de la santé morale et physique de l'individu.

Mais c'est là qu'un examen caractérologique et psychiatrique complet nous semble nécessaire pour faire la preuve de la « pureté » du complexe.

Il est évident que tout ceci n'a rien d'original et que nombre de livres et de publications sont consacrés à ce sujet.

La méthode dite oblique externe, dérivée de celle décrite par Hélène MARC en 1952, et mise au point par M. DUFOURMENTEL et notre ami R. MOULY, nous a séduit pour trois raisons majeures :

- sa simplicité,
- ses bases anatomiques,
- et la qualité de ses résultats.

HISTORIQUE

Corriger une hypertrophie mammaire n'est valable que dans la mesure où il existe des critères précis, des « canons » du sein normal.

Il est certain que les civilisations les plus anciennes ont voué un véritable culte aux seins lourds et hypertrophiés ; on en trouve de multiples exemples dans les sculptures néolithiques et chez les gardiennes de monuments funéraires ou de dolmens.

En revanche, dès l'antiquité, chez les Grecques, les Egyptiennes et les Hindoues, les seins normaux sont petits, coniques, haut placés et écartés. Le type en est « l'Aphrodite de Cyrène ». Puis, au Moyen Age la gorge devint avantageuse, bombante et rembourrée par des postiches.

Dès lors on assiste périodiquement à un renversement des valeurs, peut-être fonction du psychisme général de l'époque, les seins étant alternativement écrasés ou libérés, menus ou avantageux, hyperplasiques ou aplasiques.

Plus près de nous, dans les années du « Modern style », l'émancipation de la femme aboutit à une transformation radicale de son individu et la poussa à escamoter sa poitrine.

C'est peut-être pourquoi les anatomistes français de l'époque donnent comme chiffre moyen du poids de la glande : 150 grammes.

L'historique de la technique chirurgicale est nettement plus clair. Ce fut AUBERT, de Marseille, qui le premier, en 1900, décrivit sa méthode classiquement attribuée à Passot. C'est là le premier essai de chirurgie plastique mammaire.

MORESTIN, GUISSARD et L. DUFOURMENTEL lui apportèrent

rent des améliorations. Mais le résultat plastique était suffisamment médiocre pour inciter les chercheurs à trouver d'autres méthodes. LOTSCH, puis SCHWARTZMANN, en 1930, s'attaquent au problème de la viabilité du mamelon.

JOSEPH, en 1931, utilise une méthode avec transplantation mamelonnaire en deux temps, d'exécution très difficile.

NISSEN, en 1933, est le premier à réaliser les plasties en deux temps, d'abord par résection supéro-interne, puis résection du pôle inférieur.

BIESEN-BERGER, en 1935, profitant de toutes ces tentatives, décrit une technique capitale, réalisant un sein conique et galbé, parfait au point de vue plastie.

Néanmoins, elle comporte quelques inconvénients que de nombreux auteurs s'attachèrent à supprimer.

MAC INDIE et GILLIES en 1939-1940, EHRENFELD, HABERLAND, MALINIAK surtout, mirent l'accent sur la nécessité de respecter le pédicule interne, sur l'importance de la conservation du chorion péri-mamelonnaire, enfin sur l'atteinte veineuse dans la genèse des nécroses aréolaires.

Plus près de nous, il faut citer RAGNELL qui fournit un travail excellent de 300 cas chirurgicaux.

AUFRICHT, qui publie une « technique géométrique » dans « Plastic and Reconstruction Surgery », enfin le livre de GALTIER, en 1955, qui expose sa méthode de « la loge préformée ».

Hélène MARC, dans un fascicule paru aux Editions Doin, publie sa « Méthode oblique » qu'il est en fait difficile d'interpréter et d'analyser. Elle rapporte ainsi 68 cas échelonnés sur 15 ans d'expérience, où les 4 points majeurs sont : conservation bipédiculaire, résection latéro-inférieure externe, absence d'enroulement de la glande, conservation, enfin, de la fonction de lactation.

PREMIERE PARTIE

EMBRYOLOGIE

Le sein est une annexe ectodermique de la région costale ; glande cutanée, hautement différenciée, son absence congénitale (amastie) est rare ; par contre les anomalies de nombre (polymastie) s'observent plus souvent. Ces glandes mammaires dérivées de l'épithélium, se forment aux dépens de la « crête mammaire », entre l'ébauche du membre thoracique et du membre pelvien.

A la naissance, la glande a environ un diamètre d'un centimètre ; elle est marquée à la surface par une aréole légèrement pigmentée et un minuscule mamelon.

Ce n'est qu'au moment de la puberté, vers 11 à 13 ans, qu'elle devient le siège d'un accroissement rapide, concordant avec l'établissement de la fonction ovarienne.

La glande présente un aspect semi-globuleux, l'aréole se soulève, la pigmentation s'accroît.

Microscopiquement, les canaux excréteurs se ramifient et portent à leur extrémité des bourgeons épithéliaux (bourgeons d'attente).

Entre 14 et 16 ans, longtemps après que la menstruation ait commencé, la graisse infiltre le conjonctif et la glande acquiert sa forme hémisphérique définitive.

Sous l'effet de la grossesse, le volume de la glande augmente : il est dû histologiquement à la prolifération des acinis et à l'hypervascularisation. *La graisse fait apparition dans la cellule glandulaire elle-même*, tandis que le colostrum annonce la lactation.

Durant toute cette période, la glande reste distendue et reprendra ses dimensions antérieures dès que cessera la fonction.

A la période ménopausique, *la graisse envahit la mamelle tout entière*, prenant peu à peu la place du tissu glandulaire fonctionnel qui subit une involution comparable à celle de l'ovaire. Il est à noter que la mamelle de l'homme, réduite à des canaux excréteurs plongés dans du tissu fibreux, ne subit jamais qu'une évolution incomplète.

Anatomie

Suivant l'âge, les conditions physiologiques, il est de grandes variations dans la forme et le volume des seins.

PREMIÈREMENT : *La forme.*

Elle peut se ramener à *quatre grands types* :

a) le sein hémisphérique, le plus parfait du point de vue plastique. Le type en est la statue de l'« Harmonie », de Maillol.

b) le sein conique, également très esthétique, réalisé par celui de la Vénus de Milo.

c) le sein discoïde, moins beau, mais très stable.

d) le sein piriforme enfin, bien plus fragile.

D'une manière générale, plus un sein se projette en avant, moins sa base d'implantation est large (Planche I, fig. A. B. C.).

DEUXIÈME : *Dimensions.*

La hauteur du sein est d'environ 10 cm.

La largeur de 12 cm.

L'épaisseur de 5 cm.

Il se projette sur le thorax entre la 3^e et la 7^e côte.

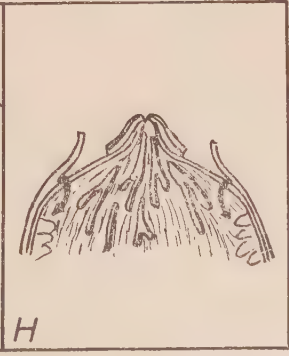
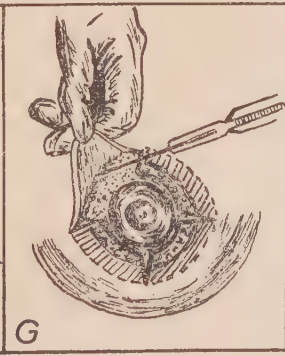
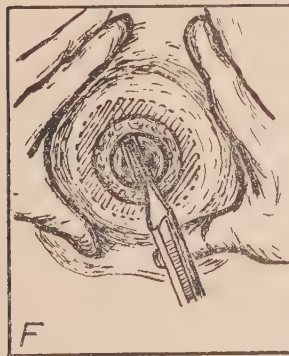
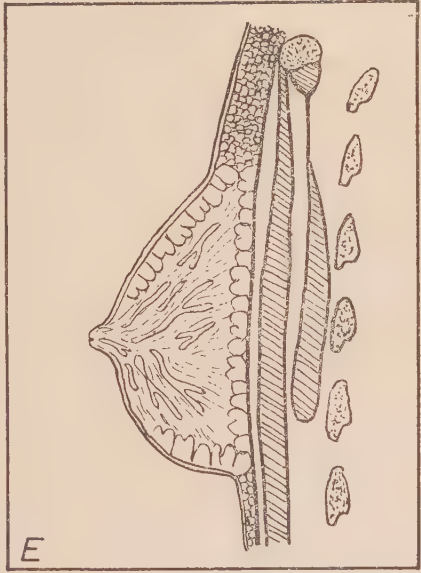
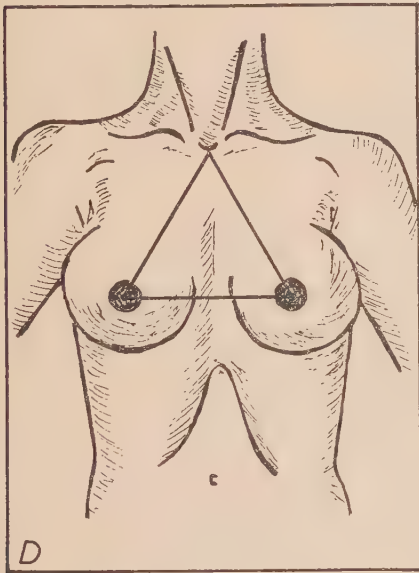
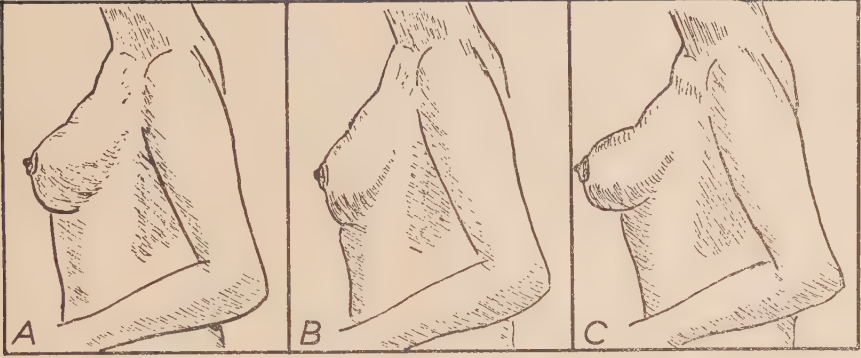


PLANCHE I

La distance intermamelonnaire est de 18 à 20 cm.

Le poids de la glande est de 160 à 200 g pour ROUVIÈRE ; l'hypertrophie mammaire n'est donc pas un vain mot lorsqu'une intervention enlève quelque 400 g de glande de chaque côté.

HERCY, de Budapest, donne les dimensions suivantes pour une femme de 1 m 60.

Il admet un poids moyen de 400 g, qui correspond en fait au sein un peu gros et ptosique de la multipare.

— fossette sus sternale-mamelon	17-18 cm.
— distance intermamelonnaire	20-21 cm.
— distance mamelon-ombilic	24-26 cm.
— diamètre de l'aréole	3,4 à 3,8 cm.
— hauteur du mamelon	3 à 4 mm.
— distance entre les deux seins	3 à 5 cm.

Un point nous semble important à préciser car, ayant donné lieu à nombre de discussions : il s'agit du *siège mamelonnaire*.

Pour MALINIAK, ce point se situe à l'intersection de deux perpendiculaires, l'une passant par le milieu de la clavicule, l'autre par le milieu de l'humérus collé au corps. Si ce point est vérifié par les canons de beauté sculpturale, il est en fait situé trop haut et trop dehors.

Hélène MARC abaisse le repère huméral de 2 cm.

GALTIER utilise non seulement une horizontale passant 2 cm au-dessous du milieu du bras, mais une oblique joignant le mamelon à une encoche marquée 5 cm en dehors de l'articulation sterno-claviculaire.

Plus que tous ces repères difficiles, nous verrons que la détermination du repérage mamelonnaire se fait tout à fait en dernier lieu, et que le point choisi est approximativement situé à l'union de deux lignes :

- une verticale passant à 2 cm en-dedans de la clavicule ;
- une horizontale passant à 2 cm au-dessous du milieu du bras.

TROISIÈMEMENT : *Rapport de la glande.*

Dépendance purement cutanée, il est normal que le sein adhère aux téguments qui le recouvrent, sauf au niveau de l'aréole où la peau est fine, mobile et caractérisée par l'absence de graisse.

La glande elle-même (Planche I, fig. D et E) est recouverte d'une capsule fibreuse impossible à individualiser surtout dans sa périphérie convexe. En effet, la capsule suit alors sa convexité, se prolongeant à la face profonde de la peau, en formant les crêtes fibreuses du sein.

Il ne peut donc y avoir de véritable plan de clivage entre peau et glande à ce niveau. Et il s'avère nécessaire de conserver chirurgicalement tout le tissu cellulo-gras-seux sous-cutané, en empiétant au besoin sur le tissu glandulaire.

Au contraire, en arrière, la nappe graisseuse est continue et séparée de l'aponévrose pectorale par le fascia transversalis, limitant ainsi l'espace clivable de Chassaignac. En effet, le fascia transversalis s'attache en haut, au bord antérieur de la clavicule, puis en bas à la périphérie de la glande où il se divise alors en deux feuillets :

l'un, antérieur, se confond alors avec la capsule fibreuse du sein ;

l'autre, postérieur, passe en arrière du panicule adipeux qui double la face profonde de la glande.

Les adhérences de ce fascia et du grand pectoral, dans le segment compris entre clavicule et glande, lui ont fait donner le nom de ligament suspenseur de Giraldès.

QUATRIÈMEMENT : *Moyens de fixité.*

Les faits ont vérifié que le ligament de Giraldès n'existait pas. La glande est rattachée au thorax, d'une part : par la peau pré-mammaire ; c'est la « skin-brassier », moyen de fixité très défectueux quand on sait la facilité avec laquelle la peau se laisse distendre par la moindre petite tumeur sous-cutanée.

D'autre part, la glande est suspendue au thorax par ses pédicules vasculaires; ces « mésos » ou « mésentères », — comme les a dénommés MAC INDŒ, sont au nombre de deux : interne et externe. Mais seul l'externe, confondu avec le prolongement axillaire de la glande, est fixé à l'arc fibreux de l'aisselle, ou « Axel Bogen » des Allemands. Il mérite à lui seul, de par sa remarquable fixité, le nom de ligament suspenseur du sein puisque, même dans les ptoses marquées, ce prolongement externe reste fixé à l'arc axillaire. Son importance dans le temps pexique de la plastie mammaire nous apparaît comme capital.

VASCULARISATION DU SEIN

Elle est complexe et quelle que soit la multiplicité des travaux, ses variations sont nombreuses (Fig. 1). C'est pourtant sur sa connaissance parfaite que repose le succès de la plastic mammaire.

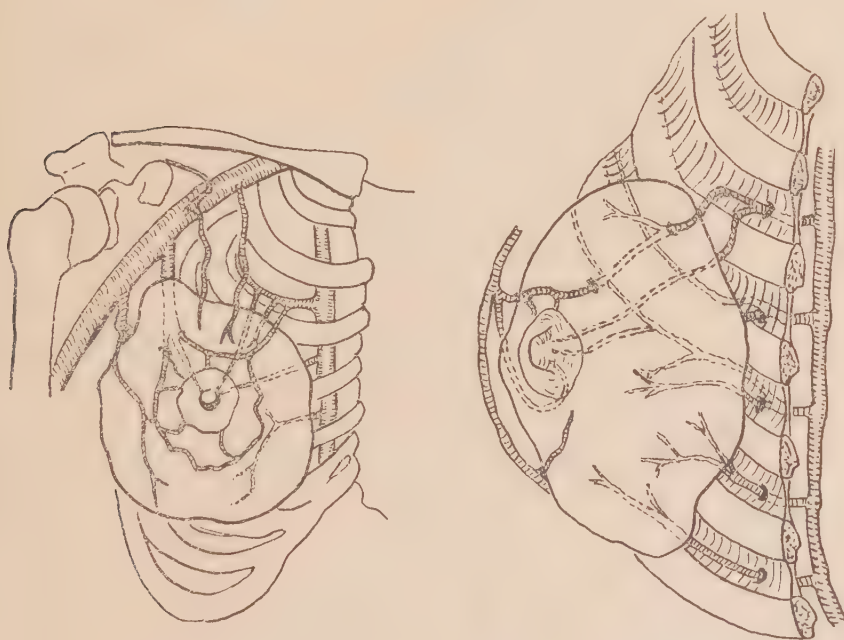


FIGURE 1

Les travaux publiés sont de qualité inégale.

MARCUS en 1934, ANSON et WRIGHT en 1939, n'ont utilisé que la dissection. KAUFMANN en 1933 et SALMON en 1939 utilisèrent l'injection artérielle leur permettant un contrôle radiologique.

Le sein reçoit son sang de 3 sources principales d'origine :

- 1° la mammaire interne,
- 2° les intercostales de la 3^e à la 7^e,
- 3° l'artère mammaire externe.

Nous allons donner les résultats des travaux de KAUFMANN, de SALMON et de MARCUS.

A. — LES CONCLUSIONS DE KAUFMANN SONT LES SUIVANTES :

a) Les intercostales aortiques ne donnent rien au sein et réalisent un mythe ; l'espace rétro-glandulaire est clivable dans tous les sens et sans restriction.

b) L'irrigation artérielle de la région mammaire est très développée dans les plans anatomiques superficiels.

Deux types y contribuent :

1° Les cutanées de l'axillaire pour la portion externe de la région ;

2° Deux artères *glandulaires* nées de la mammaire interne qui, après un trajet superficiel, irriguent uniquement la glande mammaire.

Chirurgicalement, une résection du parenchyme ne doit porter que sur le pôle externe, et tout décollement doit être postérieur.

B. — RÉSULTATS DES TRAVAUX DE SALMON.

Après avoir injecté une masse colorée dans la carotide gauche de 14 femmes adultes jeunes et de quelques sujets seulement après la ménopause, SALMON parvient aux conclusions suivantes :

1° Il existe une artère principale externe ; c'est généralement la mammaire externe née soit directement de l'axillaire, soit de la scapulaire inférieure. Son trajet pré-

sente une portion extra-glandulaire et une portion pré-glandulaire dont les branches se distribuent à la glande, à la couche cellulo-graisseuse et à la peau. Elles s'anastomosent à l'intérieur de la glande avec les branches de la mammaire interne et se terminent en 5 ou 6 artérioles dans le mamelon, où elles retrouvent des branches venues des intercostales.

Une autre artère mammaire externe accessoire remplace parfois le vaisseau principal.

2° Les artères de la mammaire interne, dont l'artère principale emprunte 8 fois sur 14 le 3^e espace, 6 fois sur 14 le 2^e.

Le vaisseau, souvent sinueux (ce qui permet de l'allonger) se divise dans le segment supéro-interne de la glande en 2 branches : l'une passe au-dessus, l'autre au-dessous du mamelon. Elles sont alors superficielles et s'anastomosent avec les homologues de la mammaire externe. Elle envoie également des branches à la peau et au tissu cellulaire sous-cutané.

3° Les artères intercostales.

Elles sont peu importantes ; elles sont plaquées contre le grand pectoral ; elles sont sinueuses, ce qui permet de les étirer sans les blesser au cours des décollements postérieurs.

Elles abordent la glande par sa face postérieure.

C. — TRAVAUX DE MARCUS.

MARCUS, en 1934, après injection de la masse de Teichmann, a injecté 23 femmes, 4 hommes et 6 fœtus.

Ses conclusions sont les suivantes :

50 % des mamelons sont irrigués par la mammaire interne plus la mammaire externe.

22 % par la mammaire interne plus les intercostales.

18 % par les deux mammaires et les intercostales.

Mais jamais il n'a observé de vascularisation par la mammaire externe et les intercostales seules.

Quant à la forme des anastomoses, il a trouvé trois types :

- l'un en anneau,
- l'autre en anse,
- et le 3^e en forme radiaire, la plus menacée dans une incision circulaire.

Conclusion de ces travaux et déduction chirurgicale :

Premièrement : la mammaire externe pénètre souvent le prolongement axillaire, mais pas toujours, ce qui explique que la section de ce prolongement « ne saigne qu'une fois sur deux » (MOREL-FATIO) ; son importance est relative.

Deuxièmement : la mammaire interne aborde la glande par sa face profonde. Tout le quadrant supéro-interne est donc à respecter. Il ne faut ni le décoller, ni le réséquer.

Troisièmement : la glande est micux irriguée par sa face postérieure que ne le décrivent les anatomistes. Le décollement postérieur doit donc être prudent.

Quatrièmement : il existe des connexions étroites entre la vascularisation de la glande et celle de la peau du sein, au point que l'on peut considérer les artères glandulaires comme des artères cutanées, adaptées elles-mêmes à l'irrigation d'une glande d'origine tégumentaire.

Cinquièmement : en plus des deux artères principales et des intercostales, il existe des artères accessoires provenant de la thoracique supérieure, de l'acromiothoracique et de la scapulaire inférieure.

Sixièmement : la conservation du chorion péri-aréolaire sur 2 à 3 cm par dissection pratiquement intradermique est indispensable pour éviter la nécrose mamelonnaire.

Septièmement : les résections glandulaires doivent porter soit entre les pédicules en haut et en bas (elles sont

alors triangulaires), soit sur le segment externe ; elle est alors en S de Biesenberger, soit enfin en quartier d'orange dans le quadrant inféro-externe.

Comme MAC INDOE et REES, nous pensons que des deux pédicules principaux, l'un externe, peut être sectionné et servir à la pexie du sein, à la condition que l'interne qui restera seul en cause pour la vascularisation et l'innervation, soit entouré de précautions minutieuses : toute traction, élongation, enroulement intempestif sur ce pédicule risque d'amener de graves déboires.

Deux dernières remarques :

- d'une part, la vascularisation n'est pas toujours symétrique, et la même opération peut se compliquer d'un côté, alors que l'autre restera indemne.
- d'autre part, après 45 ans, le système artériel subit une évolution parallèle à celle de la glande et de l'ovaire, ce qui réduit les indications d'interventions conservatrices pour les contre-indiquer après 50 ans.

VEINES — LYMPHATIQUES ET NERFS.

La circulation veineuse présente un réseau veineux superficiel centré par le mamelon ; c'est le réseau circulaire de Haller, très hypertrophié par la grossesse, et qui demande autant que les artères à être ménagé durant la dissection péri-aréolaire.

A côté de ce système superficiel il en existe un profond, satellite de la voie artérielle.

Les lymphatiques : Ils se groupent :

- en lymphatiques de l'aréole et du mamelon,
- en lymphatiques des canaux galactophores,
- en lymphatiques glandulaires.

Ils se drainent vers les 5 groupes de l'aisselle,

- par les collecteurs mammaires externes,

- par les mammaires internes,
- par le collecteur sous-mammaire.

LES NERFS.

Ils proviennent :

- des filets nerveux venant du 2^e au 6^e nerf intercostal,
- d'une branche sous-claviculaire du plexus cervical,
- de plusieurs branches thoraciques de ce plexus.

La distribution et le nombre des filets nerveux sensitifs et moteurs sont variables, mais chaque filet envoie un ramuscule au mamelon, ce qui explique sa sensibilité.

PETERSEN a établi en 1942 que la lactation ne dépendait que du système sympathique et de l'équilibre hormonal.

CLASSIFICATION DES PTOSES ET HYPERTROPHIES MAMMAIRES

A. — LES HYPERTROPHIES.

Nous serons très schématique.

1° *L'hypertrophie glandulaire.*

Il s'agit d'une jeune fille de vingt ans porteuse de gros seins sans qu'elle soit par ailleurs obèse.

Ses règles sont apparues tardivement, sont souvent douloureuses, irrégulières et peu abondantes. En quelques mois la poitrine se développe d'une façon anormale, alors que les dimensions du mamelon et de l'aréole restent modérées. La glande est blanche, ferme, bien vascularisée.

La peau est normale et *il n'existe aucune ptose*. Le traitement hormonal médical n'est pas venu à bout de l'installation de cette hypertrophie. Une intervention suivant la méthode oblique externe donne d'excellents résultats.

2° *L'hypertrophie mixte.*

Il s'agit d'une femme de 35 ans qui a eu plusieurs enfants.

L'hypertrophie est alors modérée et la ptose est constante. L'augmentation de volume est à la fois glandulaire et graisseuse. La glande se modèle mal, mais la vascularisation est encore meilleure que dans le cas précédent, car les grossesses l'ont développée.

La méthode oblique externe donne encore, dans de tels cas, de très bons résultats.

3° *L'hypertrophie graisseuse pure :*

Il s'agit d'une femme de 45 ans aux seins volumineux et mous.

La peau est très distendue, vergéturée, et la ptose assez marquée.

La glande est entièrement envahie par la graisse et très mal vascularisée.

La méthode oblique externe, comme d'ailleurs toutes les méthodes en un temps, avec transposition du mamelon, nous semble contre-indiquée, car dangereuse.

B. — LES PTOSSES :

Elles sont très fréquentes, qu'il s'agisse d'un sein hypertrophique, normal ou atrophique.

La ptose est le plus souvent sous le poids direct de la glande. On a vu la précarité des moyens de suspension de la glande.

Durant les grossesses les seins subissent une série d'augmentations et de diminutions de volume, laissant ainsi des ptoses de degrés variables, avec ou sans vergetures de la peau.

Elles sont caractérisées anatomiquement par le déplacement en bas et en dehors du mamelon, par rapport à sa situation normale. C'est-à-dire, sur la femme debout, à l'intersection d'une horizontale passant 2 cm au-dessous du milieu du bras et d'une verticale passant à 2 cm du dedans du milieu de la clavicule.

Nous avons vu que la glande mammaire était une dépendance finement entourée, qu'elle flottait sur le gril costal, que ses moyens de fixité se résumaient au « soutien-gorge cutané » et au porte-vaisseau fibreux externe. On conçoit que chez les mammifères orthostatique, la ptose réalise une évolution quasi normale ; par contre, nous verrons que dans la position genu-pectorale, quelle que soit la fermeté de la glande ou ses moyens de fixité, le mamelon

reste toujours au sommet du cône mammaire, c'est-à-dire à sa place normale.

Les indications opératoires des ptoses dépendent de son degré.

Avec GALTIER on distingue :

- les ptoses du 1^{er} degré, où le mamelon s'est abaissé d'un à 5 cm.
- les ptoses du 2^e degré, où le déplacement est de 5 à 10 cm.
- les ptoses du 3^e degré, avec abaissement de 10 à 20 cm et modification de l'orientation du mamelon qui ne regarde plus en avant, mais en bas.

Les grandes ptoses doivent être opérées avec les réserves vues à propos des hypertrophies purement graisseuses qui les accompagnent généralement, l'intervention la plus couramment pratiquée étant alors l'amputation avec greffe libre du mamelon.

Les petites ptoses ne méritent pas de correction, car le prix des cicatrices est trop élevé par rapport à l'amélioration amenée.

C'est donc dans les ptoses moyennes que se posent les meilleures indications. Nous verrons les variantes de la méthode oblique externe lorsqu'il s'agit de ces ptoses pures sans hypertrophie.

DEUXIEME PARTIE

PRINCIPES DE LA METHODE OBLIQUE EXTERNE

Ils dérivent des inconvénients des autres procédés de plastie mammaire que nous devons rappeler rapidement :

A. — LE PROCÉDÉ DIT DE PASSOT (1925).

Il n'est pratiquement plus utilisé. Il permet d'obtenir un sein discoïde et s'adresse aux hypertrophies avec ptoses importantes (2^e ou 3^e degré).

On a effectué les tracés opératoires comportant :

1° la dissection péri-aréolaire ;

2° une incision correspondant au futur sillon sous-mammaire. L'aréole est remontée, l'excès de peau, de tissu glandulaire et graisseux retiré, et le sein remodelé.

Trois inconvénients nous apparaissent majeurs :

- le plus souvent le mamelon regarde en haut et non en avant ;
- le sein a une forme discoïde, plate, en galette, notamment de profil, il a perdu son galbe sus-aréolaire ;
- la cicatrice unique est sous-mammaire, et nous allons voir que ce ne sont pas les plus esthétiques.

B. — LA MÉTHODE DE BIESENBERGER, DE VIENNE (1935).

Bien que modifiée par de nombreux auteurs, elle est celle qui actuellement rallie tous les suffrages. Les procédés diffèrent en ce qui concerne le mode de résection du tissu glandulaire, la conservation de pédicules vasculaires,

le modelage du moignon restant, la façon de tracer les repères cutanés, mais la cicatrice finale reste toujours la même, en ancre de navire, ligne verticale allant du mamelon au sillon sous-mammaire, se branchant à ce niveau au milieu d'une seconde incision concave vers le haut et occupant elle-même le sillon. Son avantage majeur est de réséquer la peau dans les deux sens, vertical et horizontal, donc d'être logique, comme dans une plastie abdominale.

Cette technique est excellente. Elle donne un sein au galbe parfait et il suffit de voir les résultats publiés par GILLIÈS et MAC INDOE, MAC INDOE et Thomas DEE REES, Gustav AUFRICHT, Jack PEN, RAGNELL, par MOREL-FATIO, par GALTIER, pour être convaincu de la qualité du résultat.

Il existe pourtant dans cette méthode sept inconvénients plus ou moins importants :

1° Le repérage des tracés, long, compliqué et fastidieux, encore que M. MOREL-FATIO dans sa technique personnelle l'ait notablement simplifié. « Au début de l'intervention, l'opérée étant demi-assise, on passe devant le manubrium sternal et devant l'appendice siphöide des fils dont on gardera un chef long pour apprécier comparativement par rapport à ces repères médians le degré d'asymétrie (par rapport au mamelon). Ce sont nos seuls repères... ».

2° La dissection de la glande sur son côté externe demande la création d'un lambeau cutané très étendu de bas en haut et représentant un temps délicat si l'on veut éviter toute nécrose cutanée. L'hémorragie est d'ailleurs loin d'être négligeable.

3° La jonction à trois branches de la cicatrice verticale et de la cicatrice sous-mammaire est un point faible ; comme dans toutes les cicatrices à trois branches, il n'est pas rare d'observer de légères nécroses, ou tout au moins un retard de cicatrisation.

4° Les extrémités de la cicatrice sous-mammaire sont souvent surélevées, formant le « pig's ears » de Gillies. Lors-

qu'elles sont prononcées, elles donnent dans le cadran inféro-interne un aspect franchement disgracieux.

Il n'est pas rare enfin que cette cicatrice sous-mammaire déborde en dedans et apparaisse pré-sternale.

5° La cicatrice sous-mammaire est assez souvent défectueuse. En effet, si généralement l'incision péri-aréolaire est parfaite, la cicatrice verticale très peu visible, l'horizontale, elle, est souvent rouge, hypertrophique, prurigineuse.

Certes, elle est théoriquement masquée, mais ceci n'est valable que sur la femme debout. Sur la femme couchée, le sein s'aplatit un peu, glisse latéralement, et la cicatrice hypertrophique devient évidente.

6° Il n'existe pas de fixation de la glande : M. MOREL-FATIO a écrit dans sa technique personnelle : « J'y ai renoncé, car le sein normal n'est pas fixé à la paroi thoracique, et je pense qu'on a tort de vouloir faire mieux que la nature. De fait les seins fixés à l'aponévrose pectorale ou pris encore à la clavicule comme on l'a proposé, perdent leur aspect normal... Par contre je crois utile, pour éviter le glissement post-opératoire de la glande sous la cicatrice mammaire, de fixer le lambeau abdominal à l'aponévrose pectorale par 3 ou 4 catguts qui unissent à courte distance du bord libre la face profonde du derme à l'aponévrose ».

En effet, il n'était pas rare, au cours d'un Biesenberger, de voir une cicatrice initialement située dans le sillon sous-mammaire, se déplacer apparemment et se trouver, quelques mois plus tard, sur le sein lui-même, du fait du glissement glandulaire rétro-cicatriciel.

7° Un dernier inconvénient est que l'opération de Biesenberger signe la « chirurgie esthétique », certaines femmes en faisant un complexe en tout point comparable à celui qu'elles présentaient du temps de leur hypertrophie mammaire.

Ainsi la technique de Biesenberger donne satisfaction à la plupart des chirurgien plastiques. Il nous a semblé

cependant qu'en empruntant un grand nombre de points à la technique il serait possible de pallier les inconvénients que nous venons d'énumérer.

C. — LA MÉTHODE OBLIQUE.

La méthode oblique externe a été décrite pour la première fois par Hélène MARC en 1952, mais force est de reconnaître que de nombreux points restent obscurs dans son texte, et qu'il est difficile de faire une intervention réglée après l'avoir lu.

Ce fut le mérite et l'originalité de notre Maître, M. DUFOURMENTEL, et de notre ami, R. MOULY, après avoir lu sa description, que de mettre au point une intervention dont chaque élément est soigneusement étudié, dont chaque élément obéit à des principes rigoureux.

Il est pourtant nécessaire, avant de décrire la technique plus rapide que le Biesenberger, sans grands risques opératoires, et dont les résultats nous semblent satisfaisants à condition d'en bien peser les indications.

Il est pourtant nécessaire, avant de décrire la technique, d'insister sur quatre grands principes énoncés par notre Maître et qui sont à la source même de l'intervention.

Premier principe :

Le mamelon n'a pas à être remonté, même dans les ptoses du 2^e degré ; c'est une illusion habituelle, car la femme à opérer est vue à l'examen habituel, en position debout. Mais nous avons dit que chez ce *mammifère orthostatique* qu'est la femme, c'était en position gènu-pectorale qu'on se rendait le mieux compte de la vraie position du mamelon ; de fait, dans une telle position, la tension est égale sur tous les versants du cône mammaire. On voit alors que le mamelon est à peu près au sommet du cône mammaire, — mieux : que s'il est un peu excentré, c'est généralement vers le haut. L'étoffe à réséquer doit donc provenir de toutes les faces du cône, aussi bien en haut

qu'en bas, en dehors qu'au dedans. C'est généralement le geste que font les femmes atteintes d'hypertrophie avec ou sans ptose pour montrer ce qu'elles voudraient de leur poitrine : elles font alors, en empoignant la partie inférieure et externe de la glande, une pince supprimant ainsi l'excédent cutanéoglandulaire, mais où le mamelon ne se déplace que très peu.

Deuxième principe :

Les marques cutanées, les tracés si compliqués sont en plus dangereux, surtout lorsqu'ils sont faits sur une patiente en position debout ou assise. En effet, la peau est alors exagérément tendue par le poids d'un sein trop lourd, mais après réduction du tissu mammaire, il y aura beaucoup moins de tension et la marque primitive se trouvera remontrée par la rétractation élastique des téguments. Aucune des techniques avec tracés préalables ne tient compte de ces faits.

Nous ne choisissons jamais d'emblée, à ce propos, d'emplacement définitif du mamelon. Ce choix est fait en dernier, une fois l'intervention terminée et la peau de l'incision oblique fermée. Il est donc facile de choisir deux points cutanés symétriques et d'extérioriser les aréoles préalablement enfouies.

Troisième principe :

Le terme de soutien-gorge cutané (skin-brassière) est impropre et dangereux. Il est impossible de confier à la peau un rôle de soutien puisque sa principale qualité est d'être élastique et de se laisser distendre par toutes les différentes formations sous-cutanées. Il est donc nécessaire de réduire la glande, de la modeler et de la fixer sans jamais confier à la peau le soin de la maintenir en place. La non-observation de ce principe entraînera une récurrence d'autant plus inesthétique que l'aréole transposée restera, elle, fixe, et que la ptose sera purement sous-aréolaire.

Quatrième principe (que nous avons essayé de mettre en exergue dès le début) :

Le sein possède deux pédicules vasculaires qui jouent aussi le rôle de ligaments suspenseurs.

Or, il est démonstratif de constater que le sommet du prolongement axillaire reste toujours en place, même sur les glandes les plus ptosiques. Nous croyons que le pédicule externe peut être sectionné à condition que le méso interne soit très rigoureusement préservé. Nous attribuons ainsi un rôle différent aux deux pédicules : l'interne sera vasculaire ; l'externe sera le point fixe auquel s'attachera la glande remodelée.

Le temps de pexie de la glande est l'un des plus importants de la technique et la meilleure garantie de la stabilité du résultat.

Ces quatre principes, et celui de la cicatrice unique oblique externe ont mené à la technique actuelle au cours de laquelle :

- le mamelon n'est pratiquement pas remonté ;
- le soutien-gorge cutané n'est pas très ajusté ;
- le pédicule interne est entouré d'un grand respect ;
- le derme péri-aréolaire est conservé sur 2 cm au moins autour de l'incision pour éviter tout trouble de sa vascularisation et de son innervation ;
- nous modelons la glande par résection externe et section du prolongement externe ; l'enroulement de ce qui reste se fait autour du mamelon avec suture glandulaire aux points de catgut chromé inversants.
- la glande, ainsi remodelée, est fixée au prolongement axillaire ;
- le logement définitif de l'aréole ne se fait qu'en fin d'intervention, après suture de la plaie externe, au niveau d'un point situé au-dessus et en-dedans de l'extrémité supérieure de l'incision oblique.

TECHNIQUE CHIRURGICALE

1° PRÉPARATION DE LA MALADE :

La période la plus favorable est le premier jour qui suit la fin des règles.

La malade est hospitalisée 24 h. avant l'intervention. Les aisselles sont rasées. Le buste lavé à l'éther et à l'alcool. Un pansement aseptique est fait.

La question de la désinfection de la peau est d'autant plus délicate que la région mammaire est très irritable, réclamant des désinfectants doux, du type Séquartyl iodé.

L'on sait effectivement qu'il faut distinguer les bactéries externes, apportées par tout objet venant au contact de la peau, et les bactéries résidentes, qui se trouvent normalement dans les couches profondes de la peau.

PRINEC a montré qu'après un bon nettoyage, les cultures faites en début d'intervention étaient le plus souvent négatives, mais qu'elles étaient toujours positives en fin d'intervention, lorsque celle-ci est de longue durée.

En règle générale, ces microbes n'occasionnent guère de longues suppurations, toutefois leur rôle ne saurait être négligé.

2° L'ANESTHÉSIE.

C'est une anesthésie générale avec intubation sur une malade groupée, et en prévoyant deux flacons de sang.

3° LA POSITION.

La position est celle des bras en croix sur une malade en décubitus dorsal, ou mieux, en position semi-assise.

Cette dernière est préférable pour juger de la forme et de la contenance à donner à la glande. La position « bras en croix » nous semble préférable à celle de « poings sur les hanches » car elle dégage mieux le champ opératoire, et le grand pectoral étant en abduction, se dessine mieux, de même que le prolongement axillaire.

La dissection en est par conséquent facilitée ; il faut simplement savoir que dans cette position le sein est partiellement remonté et qu'il faut réaliser la suspension au prolongement axillaire un peu plus courte qu'il ne pourrait paraître.

4° LES REPÈRES CUTANÉS.

La ligne médiane du thorax est tracée de la dépression sous-sternale à l'appendice xyphoïde (Fig. 2).

Il semble bon de passer deux fils de nylon, l'un sus-sternal, l'autre devant la xyphoïde. Ils permettent d'apprécier, d'après ces repères médians, la symétrie des mamelons.

Les sillons sous-mammaires sont aussi dessinés au pinceau à l'aide de vert de méthyle.

L'incision péri-aréolaire est, elle aussi, tracée ; le plus souvent elle est placée en dedans de la périphérie de l'aréole, de façon à corriger la distension habituelle de celle-ci (Planche I, fig. F, G, H).

Il est de grandes modifications suivant l'âge, le nombre de grossesses et le type de l'hypertrophie, mais il nous semble — du point de vue plastique — que ce diamètre doit être maintenu entre 3,5 et 5 cm. On marquera alors un point A au-dessus et en-dedans de l'aréole, car il va correspondre au futur mamelon, c'est-à-dire au sommet du nouveau cône mammaire. Nous avons suffisamment insisté pour expliquer que ce point ne devrait pas être trop haut situé, en moyenne il est de 2 à 3 cm au-dessus et en-dedans de l'ancienne aréole, donc il sera très près d'elle. Il se projettera à l'union de l'horizontale passant 2 cm au-dessous du milieu de l'humérus et une verticale abaissée 2 cm en-dedans du milieu de la clavicule.

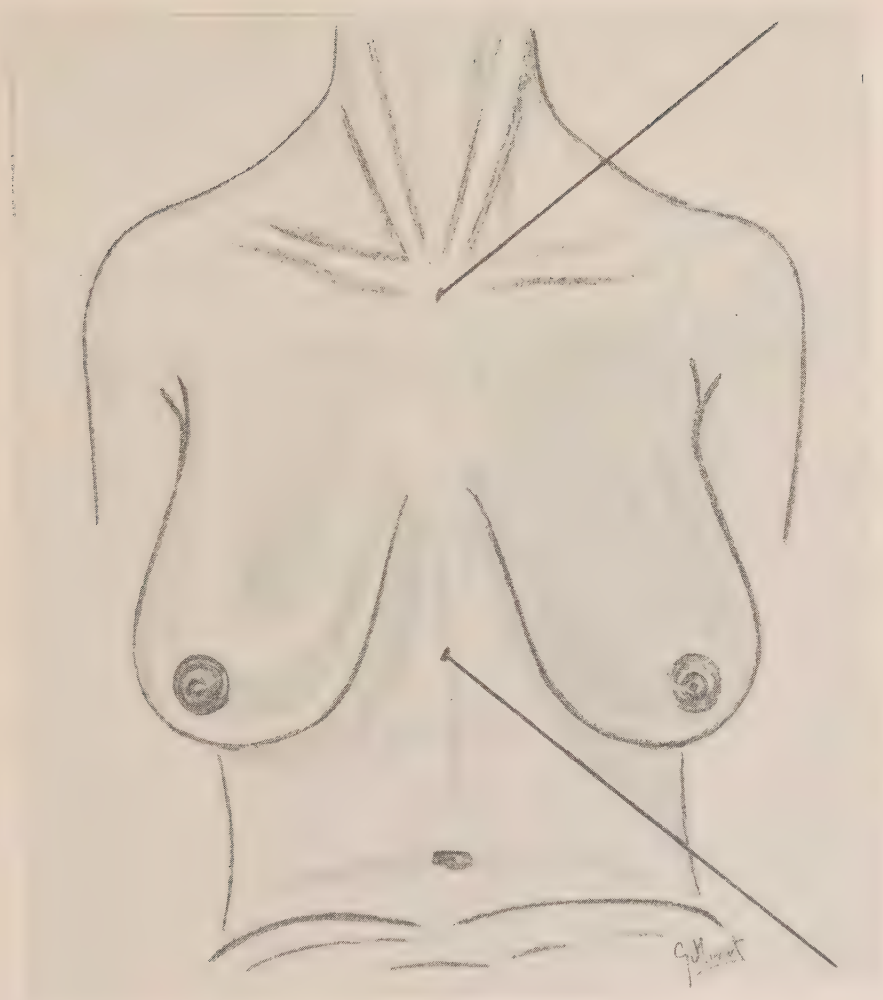


FIGURE 2

L'autre point repère capital B est situé près de l'extrémité externe du sillon sous-mammaire. Il est marqué à l'intersection de ce sillon et de la ligne axillaire antérieure. Ces deux derniers points doivent être parfaitement symétriques sur les seins. Poussant dans le sein avec la main gauche vers la ligne médiane pour bien tendre la face externe, on réunit le point mamelonnaire A et le point sous-mammaire B par une ligne droite passant au-dessus et en dehors de l'aréole. Poussant ensuite le sein en haut et en dehors, une deuxième ligne réunit les deux points, mais elle passe alors au-dessous et en-dedans du mamelon. Ces deux lignes limitent l'incision cutanée qui a la forme d'un quartier d'orange, et qui possède dans son tiers supérieur l'aréole. Celle-ci, nous allons le voir, est le siège d'une dissection très spéciale.

5° LA DISSECTION PÉRI-ARÉOLAIRE.

L'aide faisant fortement saillir la région mamelonnaire, le bistouri suit très superficiellement, sans jamais s'enfoncer, la ligne d'incision. Puis il s'engage immédiatement à plat, rasant la face profonde du derme et conservant sur 2 à 3 cm autour de l'incision, tout le chorion péri-mamelonnaire afin d'en ménager la circulation et l'innervation.

Cette zone de derme, profonde, mérite une dissection tangentielle qui n'est pas aisée entre toutes les mains. C'est pourquoi il nous semble plus facile de tracer un cercle concentrique et de brancher quatre incisions radiales, par exemple, aux quatre points cardinaux, ce qui délimitera quatre lambeaux plus faciles à disséquer en s'aidant du contrôle de la vue.

6° INCISION ET RÉSECTION CUTANÉE (Fig. 3).

Une fois le mamelon libéré de la peau attenante, il est facile de réséquer le quartier d'orange en suivant les

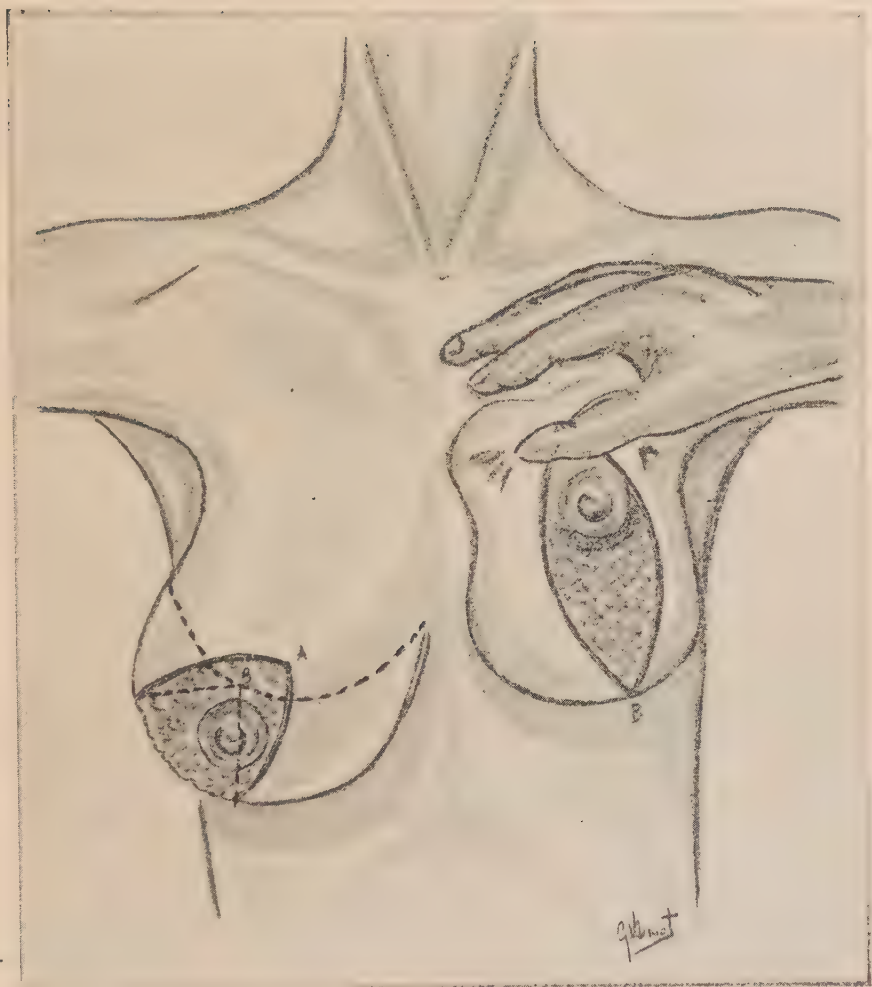


FIGURE 3

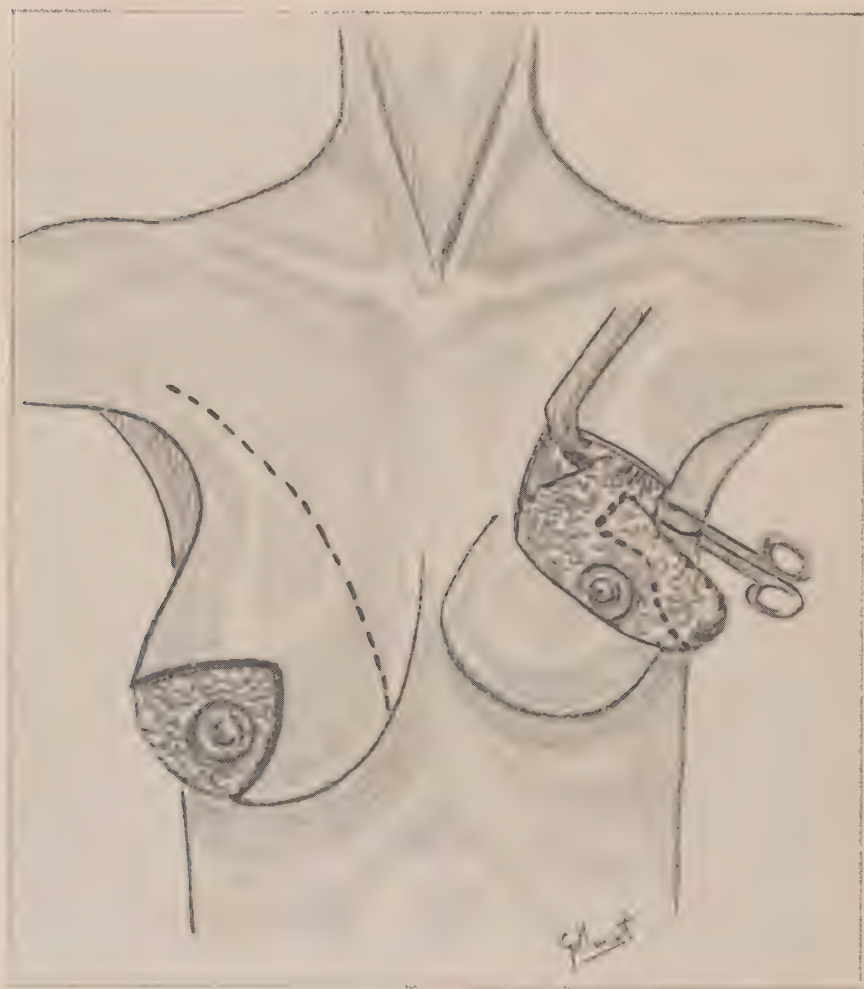


FIGURE 4

repères-limites, incisions allant jusqu'au tissu cellulaire sous-cutané.

Il est évident que ce croissant porte dans son 1/3 interne une perte de substance correspondant au siège de l'aréole et de son derme avoisinant.

7° DISSECTION SOUS-CUTANÉE.

Les deux berges de la plaie ainsi créée sont soulevées et disséquées. L'étendue du décollement est fixée sur la figure 4.

Trois points sont à préciser : elle est à peu près égale sur les deux versants de la plaie, mais dans le quadrant inféro-interne du sein elle sera douce et prudente, en pensant constamment à ne pas traumatiser le pédicule qui arrive dans la partie sus-jacente.

La dissection de l'autre lèvre s'adresse au quadrant directement opposé, à savoir : le supéro-externe. Elle doit être menée loin en haut et en dehors pour faire apparaître classiquement le puissant prolongement axillaire, souvent gros comme deux pouces, et dont l'index peut faire le tour.

Enfin, dans tous les cas il est capital, du point de vue vasculaire, de rester à la périphérie de la glande, c'est-à-dire, en fait, de conserver à la peau et au tissu cellulaire sous-cutané toute leur épaisseur.

8° LIBÉRATION PROFONDE DE LA GLANDE.

Le prolongement supéro-externe de la glande étant contourné et libéré, la dissection est poursuivie à la face profonde de la glande, dans l'espace décollable de Chassaignac, qui sépare le fascia pectoral de la glande. En fait, ce décollement postérieur n'est réalisé et nécessaire que dans ce qui correspond à peu près à la moitié externe du sein.

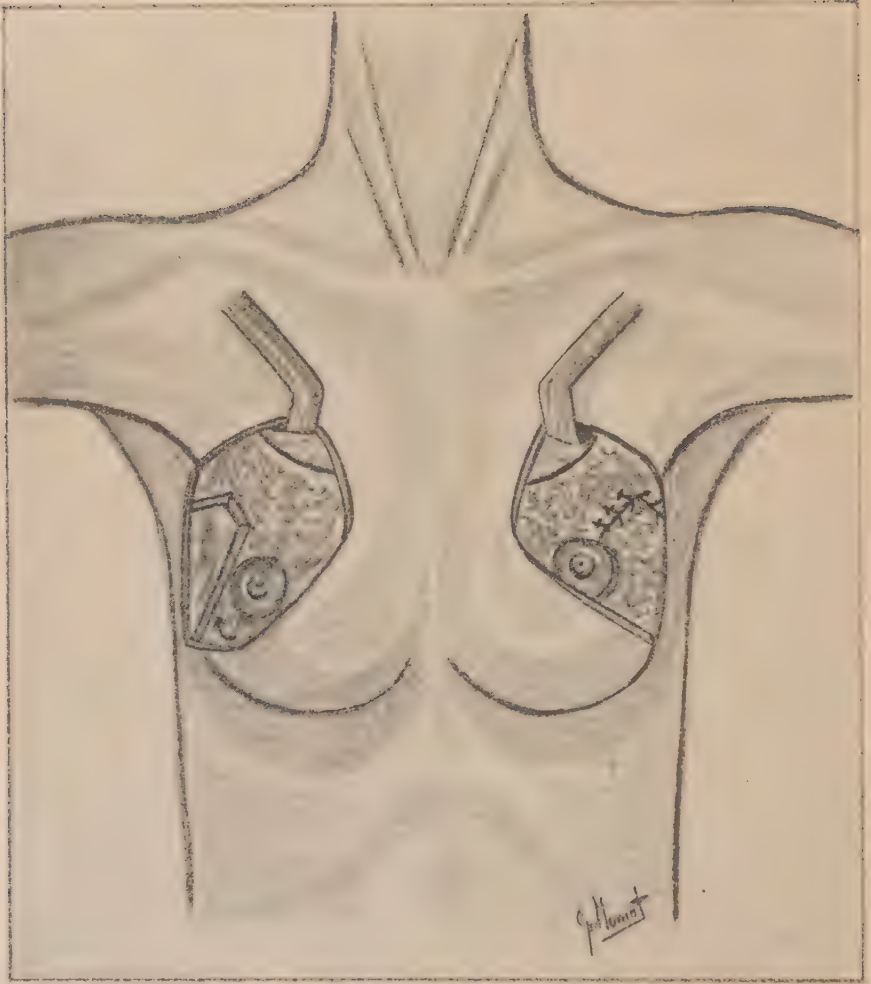


FIGURE 5

9° LA RÉSECTISN MAMMAIRE (Fig. 5).

Elle est alors pratiquée, sur la face latérale de la glande. La quantité voulue de tissu est réséquée. Lorsqu'il s'agit d'une hypertrophie importante le plus simple est de sectionner le prolongement externe dont le bout en place sera repéré par un gros fil de nylon. Il est à remarquer qu'une fois sur deux il ne saigne pas.

Lorsque l'hypertrophie est modérée, il n'est pas nécessaire de faire une section totale de ce pédicule. La résection en S de Biesenberger permettra, d'une part, de conserver un pont supérieur au niveau du prolongement supérieur ; d'autre part, d'enrouler la glande sur elle-même en suturant les deux branches inférieures de l'S aux deux branches homologues supérieures.

10° MODELAGE DE LA GLANDE (Fig. 5).

Dans le cas de l'S l'artifice même de l'exérèse permet l'enroulement. Dans le cas de section du prolongement axillaire, il faut souvent un certain tâtonnement pour réaliser ce modelage et placer les sutures au point le plus favorable, de façon à avoir un galbe parfait. Ces sutures seront exécutées au catgut chromé 0 à points inversants.

11° SUSPENSION AU PROLONGEMENT AXILLAIRE.

Beaucoup d'auteurs y renoncent.

En fait, étant donné qu'on ne veut pas confier au « soutien-gorge cutané » le rôle de suspension de la glande, il nous semble capital de refixer le bord supéro-externe de la nouvelle glande au prolongement axillaire. Nous avons dit que, même dans les hypertrophies importantes, le sommet de ce prolongement restait fixe.

12° SUTURE CUTANÉE (Fig. 6).

Après une hémostase rigoureuse au bistouri électrique et au catgut triple 0, la peau est réappliquée sur la glande

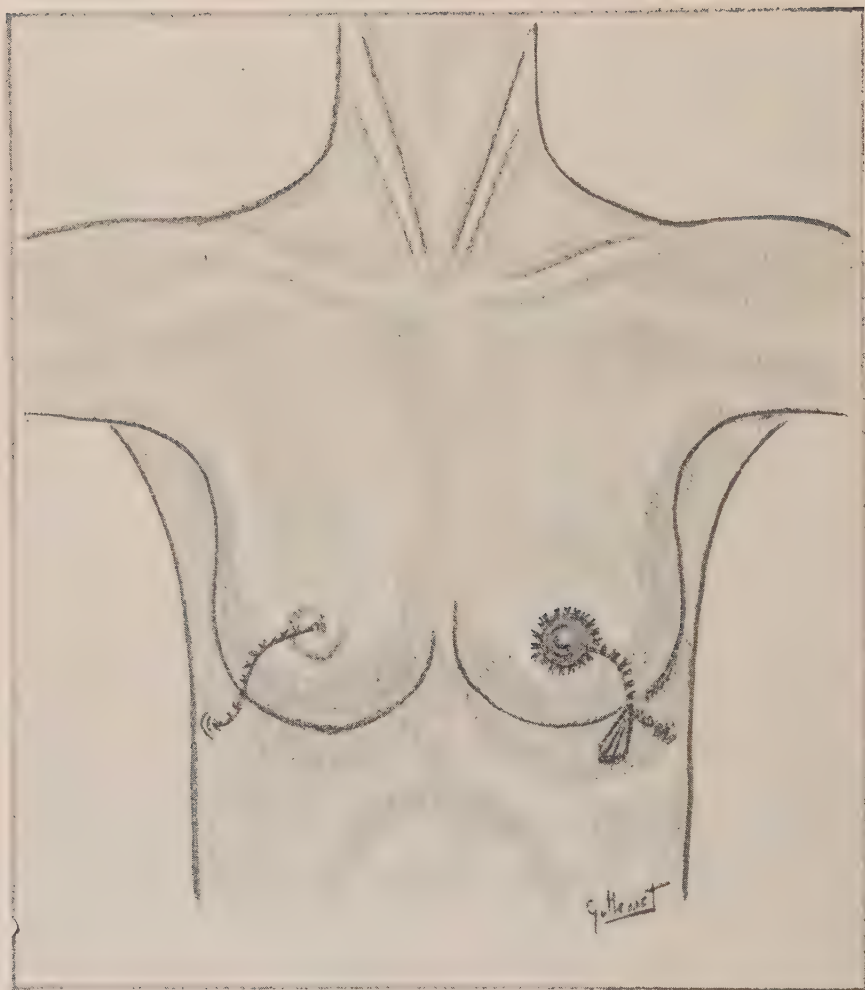


FIGURE 6

et suturée soigneusement au fil fin, type soie ou mercylène, en enfouissant complètement le mamelon. Il n'est pas nécessaire, comme dans le Biesenberger, de fixer au niveau de la partie inférieure de l'incision la face profonde du derme à l'aponévrose du grand pectoral.

Par contre, alors que le point de repère inférieur se trouvait, au début de notre intervention, dans le sillon sous-mammaire, il va se situer maintenant au-dessous et en dehors du nouveau sillon, sur la face latérale du thorax, ce qui est normal puisqu'on a remonté la glande dans sa limite inférieure.

Il est important, avant de passer à l'intervention du côté opposé, de peser la quantité de glande enlevée, ce qui donnera une idée approximative de la quantité à ôter à l'autre sein.

13° RÉALISATION DE LA MÊME OPÉRATION DU COTÉ OPPOSÉ.

14° CRÉATION DU NOUVEAU LOGEMENT MAMELONNAIRE.

Ce n'est qu'une fois les deux mamelons enfouis de chaque côté qu'on décide, en fonction des points de repère initiaux et des fils de repère médians, l'emplacement du nouveau mamelon. L'excision sera faite circulaire, en veillant bien à ce qu'elle s'adapte parfaitement au contouraréolaire.

Il est fréquent de faire des orifices trop petits, ce qui aboutit à une hernie aréolaire infiniment disgracieuse. La suture sera faite par quatre points cardinaux, à la soie très fine et des surjets affrontants intermédiaires. Ils donnent de bonnes cicatrices mais sont plus difficiles à enlever que les points séparés.

15° LE DRAINAGE.

Il sera systématique par lame de caoutchouc, ou par un petit drain.

Le drainage est un facteur de cicatrisation défectueux, mais il assure une sécurité importante.

16° LE PANSEMENT.

Il est fait à la cellophane tissée, du type Celloderme, facilement décollable dans la suite.

Deux gros pansements américains séparent la glande d'un plâtre en forme de bustier antérieur, exactement moulé sur la forme des nouvelles glandes, et maintenu par un bandage de corps modérément serré.

On évite ainsi l'écrasement antéro-postérieur des seins par le bandage compressif, écrasement qui accentue la tension au niveau des cicatrices.

16° SOINS POST-OPÉRATOIRES.

La lame de drainage est enlevée le 2^e jour, les fils sont enlevés un sur deux le 6^e ; le reste, le 8^e jour.

Le gonflement et les ecchymoses sont variables. Les patientes sont mises à l'alfa Chymotrypsine ; il est exceptionnel, face au drainage systématique, d'être contraint à évacuer un hématome.

Dès la totalité des fils enlevés, l'on remplace le plâtre par un simple soutien-gorge de fil blanc, garni de compresses.

VARIANTES DE LA TECHNIQUE OPERATOIRE

Cette technique s'adresse essentiellement aux hypertrophies modérées, qu'elles soient glandulaires ou mixtes, associées ou non à une ptose.

Trois variantes techniques doivent être envisagées, suivant le type du sein à corriger.

1° L'HYPERTROPHIE TRÈS IMPORTANTE, AVEC PTOSE CONSIDÉRABLE.

Elles peuvent être aussi traitées par la méthode oblique, mais il nous semble que dans ces cas, la méthode de Biésenberger donne des résultats supérieurs.

En effet, il est bien plus difficile de remodeler un sein avec le procédé décrit. Donc, s'il s'agit d'un problème purement plastique, il semble préférable de recourir au Biesenberger. Mais si la rapidité et la simplicité de l'opération entrent en jeu, par exemple en raison du risque opératoire, nous préférons la méthode oblique. Dans ce cas, l'emplacement du nouveau mamelon doit être situé plus haut que dans le cas pris pour type, et le fuseau cutané réséqué doit être bien plus large.

La rançon en est une incision externe qui dépassera nettement le nouveau sillon sous-mammaire, et une « oreille » importante sur la face postéro-latérale du thorax. La correction de celle-ci ne ferait qu'allonger la cicatrice et multiplier les temps d'intervention. Ces cas sont donc loin de représenter la meilleure indication.

2° LA PTOSE LÉGÈRE, SANS HYPERTROPHIE (Fig. 7).

Il n'y a pas de réduction glandulaire.

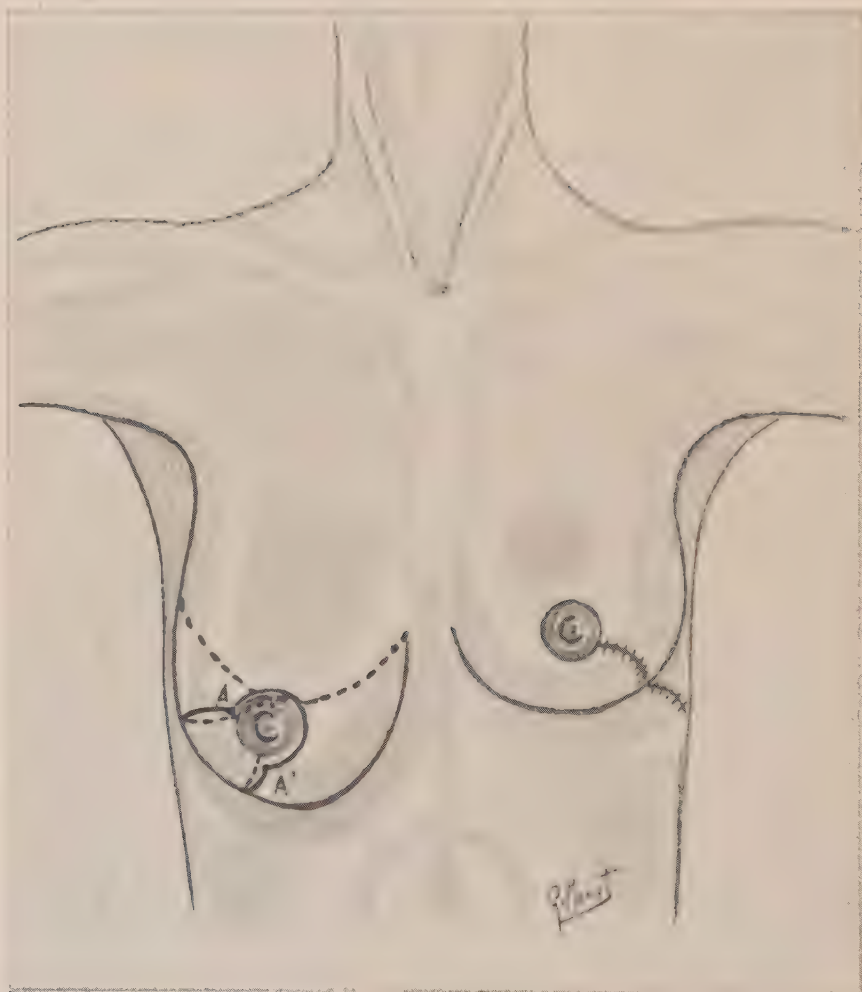


FIGURE 7

C'est une indication majeure de la méthode oblique, mais il nous semble préférable de réséquer la peau en excédent, de façon un peu différente :

Au lieu de commencer l'opération en marquant l'emplacement futur du mamelon, on resèque un anneau de peau circulaire autour de l'aréole, comme dans la technique originale. Puis, pour le cercle concentrique extérieur, on marque deux points : A et A', à partir desquels seront dessinées les lignes limitant l'exérèse cutanée, oblique externe, en forme de coin.

Ces deux points A et A' sont placés sur le cercle concentrique extérieur, de telle façon que l'arc de cercle qu'ils délimitent soit égal à la circonférence de l'aréole. Ainsi, en fin d'intervention, A uni à A' viendra s'adapter parfaitement à la périphérie de l'aréole, et ils indiqueront tous deux la limite supérieure de la cicatrice oblique externe.

Quant au modelage de la glande, qui sera le point capital du traitement de la ptose, il ne doit évidemment comporter aucune résection, puisqu'il s'agit d'une ptose sans hypertrophie.

La technique utilisée est celle dite « en colimaçon de Gillies et Marino » (Fig. 8). Une incision en L renversé est faite sur toute l'épaisseur de la glande, dans sa partie para-mamelonnaire externe. La petite branche du L intéresse le prolongement axillaire sans le sectionner complètement. Il en résulte la formation d'une languette glandulaire externe à pédicule inférieur, qu'il est facile de faire passer au-dessus du mamelon, en suturant son contour périphérique successivement au prolongement axillaire, à la partie supérieure du sein, et enfin au quadrant supéro-interne. Le point capital est, évidemment, de soigneusement fixer la glande remodelée au prolongement axillaire.

Il est important de noter que de profil, le galbe sus-aréolaire est renforcé par cette opération « colimaçon ».

L'intervention est terminée par la suture de la brèche inférieure externe et celle de l'aréole dans son logement.

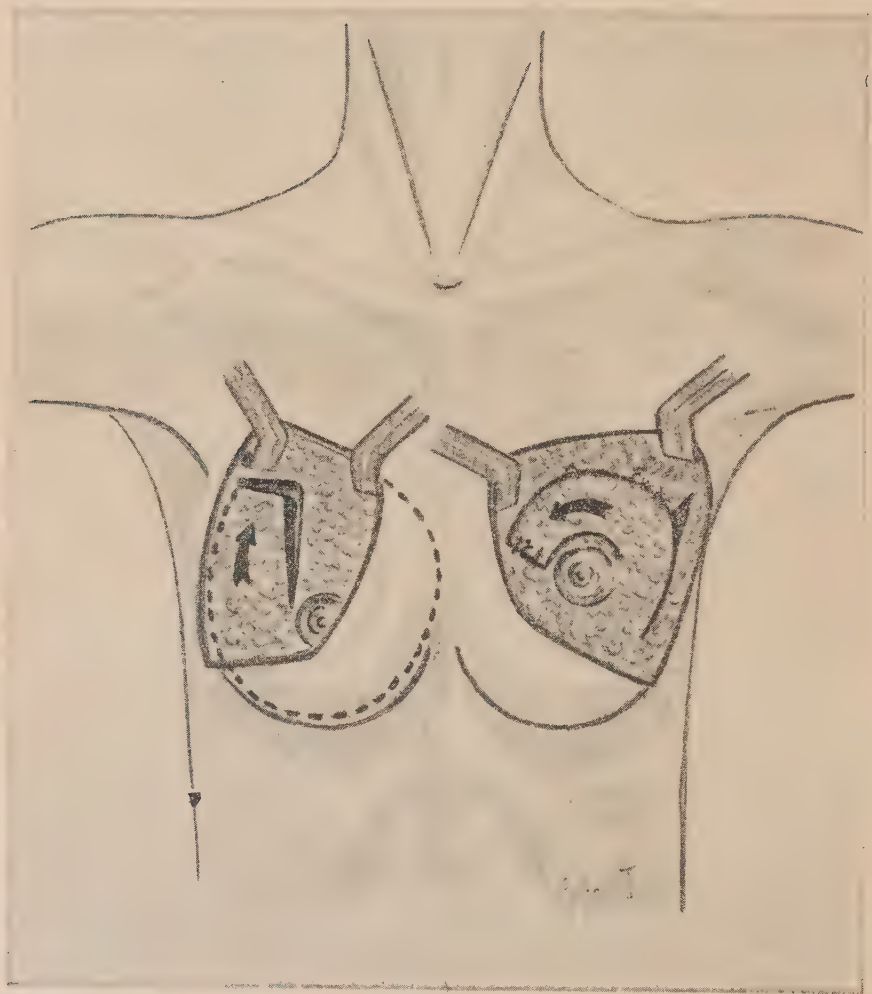


FIGURE 8

3° L'HYPERTROPHIE MODÉRÉE SANS PTOSE (Fig. 9).

Elle peut être traitée par une méthode oblique *très simplifiée*. C'est la technique de la résection en quartier d'orange, mise au point par notre Maître, M. DUFOUR-MENTEL.

Un fait est capital ici : le mamelon n'a pas besoin d'être remonté (absence de ptose). L'incision périaréolaire pour transposition du mamelon peut donc être supprimée, même si celui-ci paraît un peu bas.

La simple résection cutanée fusiforme, peut suffire.

Elle part du sommet du mamelon jusqu'à l'extrémité externe du sillon sous-mammaire.

La résection glandulaire :

- est conduite comme dans le cas habituel, dans le versant externe de la glande ;
- avec réparation par enroulement, et suspension au moignon du prolongement axillaire.

En fait, on a vu que l'étude de la vascularisation autorisait à pratiquer une résection glandulaire, pouvant aller de 4 à 8 heures.

Au cours de l'exérèse il est prudent de ne pas atteindre le plan aponévrotique pré-pectoral, pour épargner le réseau vasculaire postérieur (GALTIER).

Dans ce cas, l'hypertrophie modérée, sans ptose, se trouve traitée :

- par résection d'un fuseau de peau oblique externe,
- par résection glandulaire en quartier d'orange inféro-externe, sans libération importante de la glande, sans enroulement ni fixation au prolongement axillaire, les deux lèvres du quartier d'orange étant suturées l'une à l'autre.

Point n'est besoin d'insister sur la simplicité, le brio et la bénignité de l'intervention.

La ligne de suture oblique en fin d'intervention est la seule trace d'opération et, du fait de l'élasticité cutanée, la glande ayant diminué de volume, le mamelon se trouve remonté de quelques centimètres.

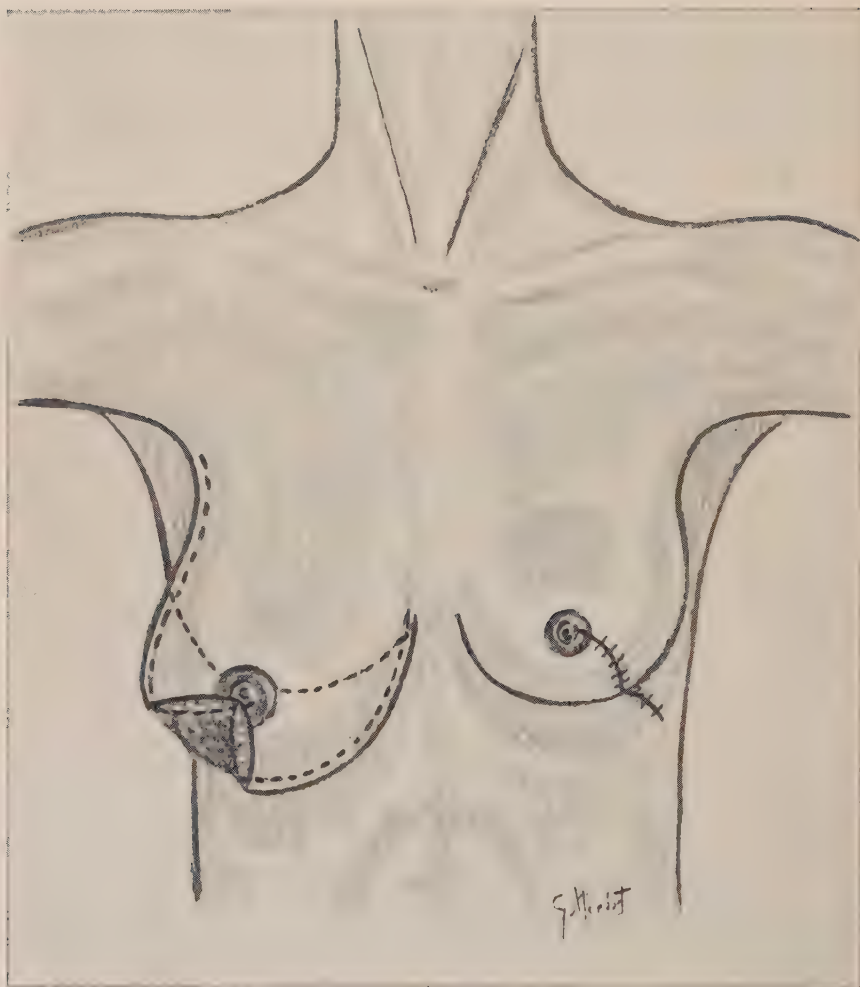


FIGURE 9

Cette technique originale est pratiquée depuis plus d'un an (18 cas) dans le service ; réellement séduisante, elle donne des résultats remarquables pour un minimum de cicatrices.

4° LES HYPERTROPHIES MODÉRÉES.

L'intervention combinerait alors l'incision circulaire précédente et la résection glandulaire en quartier d'orange.

Il en existe trop peu de cas traités pour en donner déjà les résultats.

TROISIEME PARTIE

CONTRE-INDICATIONS A L'INTERVENTION

Elles sont commandées par l'état général local et mental.

Mais trois points méritent d'être soulignés : le désir de grossesse, le degré d'obésité, le terrain cicatriciel.

1° L'ÉTAT GÉNÉRAL.

Il faut être sévère sur le risque opératoire puisqu'il s'agit d'une anesthésie générale de deux heures au moins, même en des mains parfaitement exercées. C'est dire que les cardiopathies, l'insuffisance hépatique chronique, le diabète sont des contre-indications absolues.

L'âge, lui aussi, est important ; l'on n'opèrera les sujets qu'entre 18 et 50 ans.

2° L'ÉTAT LOCAL.

Il sera apprécié par un examen rigoureux :

Tout d'abord la peau, siège ou non de petites inflammations chroniques, de pyodermite, surtout au niveau du sillon sous-mammaire dans les seins ptosiques. Elles nécessiteront un traitement préventif et une préparation de ces sillons avant toute intervention.

La glande elle-même sera palpée avec un soin minutieux, exactement comme pour une malade venue consulter parce qu'elle a la phobie du cancer. En cas de tumeur kystique ou adénomateuse, l'exérèse avec examen extemporané sera le préalable à toute tentative de correction.

D'ailleurs, ces malades viennent souvent consulter pour de gros seins dont elles souffrent depuis longtemps, de poussées douloureuses, notamment avant les règles, abcès au cours de l'allaitement, bref il s'agit non seulement de seins hypertrophiques, mais de seins dystrophiques.

On a même rapporté des cas authentiques de néoplasies du sein après plastie mammaire.

3° L'ÉTAT MENTAL.

Nous avons déjà dit l'importance que nous lui attribuons ; nous avons insisté sur la valeur d'un examen caractérologique et psychiatrique. La patiente doit non seulement réclamer elle-même l'intervention, mais nous devons lui en exposer la longueur, les aléas, les complications éventuelles et l'importance des cicatrices.

1) *Le désir de grossesse ultérieur* : Nous avons insisté suffisamment sur la conservation du chorion périaréolaire garantissant vascularisation, innervation, et la fonction de lactation chez les femmes jeunes, susceptibles d'être enceintes. Par contre, il est prudent de les faire recourir à l'alimentation artificielle du nouveau-né, et de « couper » dès l'accouchement la lactation maternelle.

Il faut aussi les avertir des remaniements glandulaires au cours de la grossesse, risquant de compromettre leur résultat plastique.

2) *L'obésité* demande évidemment à être traitée avant l'intervention, tout amaigrissement ultérieur spontané ou thérapeutique rendant aléatoire le résultat plastique de l'intervention. Il faut refuser d'opérer les obèses.

3) *Le terrain cicatriciel* enfin demande à être étudié.

Tel sujet présentant des cicatrices très visibles, de mauvaise qualité, voire hypertrophiques, et a fortiori chéloïdiennes, demande à être découragée totalement dans ses désirs d'intervention.

INDICATIONS

Il faut distinguer les indications générales de toute plastic mammaire et celles, plus spéciales, de la méthode oblique externe.

1° LES INDICATIONS GÉNÉRALES.

Elles sont de trois ordres : somatique, social et psychique, en fait souvent liés.

L'indication somatique :

Fait allusion à l'aphorisme de Gillies déjà cité « une jeune fille porteuse d'une hypertrophie mammaire me fait autant de peine qu'un enfant brûlé ». Il s'agit d'une jeune fille de 16 ans dont la poitrine s'est brusquement hypertrophiée. Il en résulte des troubles divers : les seins sont lourds et douloureux, surtout au moment des règles, souvent non améliorés par le traitement hormonal. D'autre part, la jeune fille en ressent une gêne psychique, dans son milieu, ce qui l'amène à se voûter, à « escamoter » sa poitrine, encore que cette cyphose reconnaît une cause véritablement mécanique. De toute façon, il n'est pas question d'intervenir avant 18 ans, et l'indication de la chirurgie plastique à un tel âge doit être très relative, guidée par l'intensité des troubles entraînés, c'est-à-dire par le volume de l'hypertrophie.

L'indication d'ordre social :

Nous entendons par là les femmes dont la vie sociale, le métier ou les relations publiques sont perturbés par

l'hypertrophie mammaire. Pour certaines d'entre elles, il s'agit d'une véritable tare, aussi visible qu'un tatouage au milieu du front, et responsable — selon elles — de tous leurs échecs. Ce sont ces patientes qui reprennent d'elles-mêmes, le plus souvent, la phrase de TALLEYRAND : « Ce qu'il importe avant tout, c'est d'être comme tout le monde ».

Les indications d'ordre psychique, enfin :

On les retrouve d'ailleurs dans les deux précédentes et qui sont à la base de la chirurgie du complexe. Il est évident qu'une femme porteuse d'une grosse hypertrophie et d'une ptose du 2^{me} degré, manifeste le désir de parer à cette difformité. Le véritable problème est qu'elle s'estime satisfaite une fois opérée.

Les échecs psychiques de la méthode sont au moins aussi importants que les échecs morphologiques.

2° A QUELS CAS S'ADRESSE LA MÉTHODE OBLIQUE EXTERNE.

Il faut d'abord éliminer :

Les hypertrophies graisseuses et les ptoses du 3^{me} degré, qui généralement les accompagnent.

Nous avons vu qu'il s'agissait de femmes aux alentours de la ménopause, où la glande était pratiquement réduite à la graisse.

La vascularisation en est très précaire, de même que l'état tegmentaire marquée de vergetures, et distendu par la ptose.

La méthode oblique externe, comme toute méthode de résection est dangereuse et doit céder le pas :

- soit à l'amputation suivie de greffe libre du mamelon,
- soit aux résection en deux temps, du type Gillies ou Mac Indoe.

Nous éliminerons de même les hypertrophies monstrueuses, heureusement rares.

Moyennant quoi, l'on peut distinguer :

- les hypertrophies glandulaires de la jeunes fille ;
- les hypertrophies mixtes de la femme de 35 ans ;
- les hypertrophies importantes ;
- les hypertrophies modérées ;
- les hypertrophies avec ptose ;
- les hypertrophies isolées ;
- les ptoses isolées du 1^{er} et du 2^m^e degré, en sachant que les petites ptoses ne sauraient être opérées.

a) *L'indication majeure de la méthode oblique externe* s'avère être l'hypertrophie modérée avec ptose modérée.

Comme dans toute plastie mammaire, elle comporte :

- une plastie mamelonnaire,
- une plastie glandulaire,
- une plastie cutanée

mais, du fait même de son principe de pince, ses résultats sont d'autant plus remarquable que la déformation est modérée. La taille glandulaire que comporte la technique décrite nous semble non seulement être satisfaisante du point de vue morphologique, mais encore être un gage de stabilité, par le temps de pexie qu'elle comporte.

b) *Dans les hypertrophies modérées, sans ptose :*

Il nous semble que la résection cutanée, puis glandulaire, en quartier d'orange, simplifie considérablement l'intervention, la raccourcit et la facilite, tout en laissant un minimum de cicatrices.

Cette intervention bénigne obéit pourtant à des critères très précis :

- plastie cutanée en fuseau, raccourcissant le cône glandulaire dans les deux sens ;
- résection glandulaire dans le cadran inféro-externe, sans aucun danger pour la vascularisation, puisque conservation des deux pédicules ;

décollement modéré, et partant moins de traumatismes et de risques post-opératoires ;

pas d'enroulement glandulaire et pexie indirecte au prolongement axillaire qui, lui, reste fixe d'autant plus qu'il n'y a pas de ptose.

L'on retrouve donc tous les principes de la technique de base.

c) *Dans les ptoses modérées :*

Celles du 2^{me} degré, et celles du 1^{er} degré, suffisantes pour qu'on doive les opérer :

La technique reste valable, à ceci près :

— le mamelon n'a pas être véritablement transposé, la partie supérieure de la résection, au lieu d'être fusiforme, sera circulaire et de longueur égale à la circonférence périaréolaire ;

— il n'y a aucune résection à faire : on taillera simplement la languette à pédicule inféro-externe, ce qui aura 3 effets : enrouler la glande et donc la remonter autour d'un axe antéro-postérieur ; venir renforcer la masse glandulaire dans les quadrants supérieurs, et donc améliorer le galbe susaréolaire ; venir se fixer au prolongement axillaire, meilleur garant des récidives.

3° RESTE A ENVISAGER LE CAS DES HYPERTROPHIES IMPORTANTES.

1) Plus le fuseau à réséquer est large, plus la distance qui sépare les deux points A et B marquant les extrémités sera grande. Or, c'est la longueur de la cicatrice définitive.

2) Surtout le modelage de la glande devient très difficile et n'a rien de comparable à celui d'un Biesenberger, où le décollement est très étendu, la glande pratiquement totalement libérée, et où la résection cutanée se fait à la demande, sur clamp courbe et dans les deux sens. Dans de

tels cas il nous semble que le Biensenberger est nettement supérieur, et plus indiqué.

Par contre, si pour certaines raisons, on veut avoir entre les mains une technique rapide, peu dangereuse, et efficace sans être parfaite du point de vue plastique, l'on peut revenir à la méthode oblique externe.

COMPLICATIONS

Nous allons passer en revue tout ce qui peut troubler les suites opératoires, de façon à mettre une fois de plus l'accent sur les erreurs à éviter.

Nous décrirons aussi les incidents, les accidents, les morphologies défectueuses et les cicatrices malades.

LES INCIDENTS.

Avant tout, *le simple hématome* : il est facile de dire que c'est à une hémostase rigoureuse de l'éviter, mais il est fréquent, surtout après le décollement axillaire. Il est peu grave si l'on a drainé. Encore faut-il vérifier le pansement dès le lendemain et prévenir l'infection de cet hématome éventuel.

L'infection : La température de l'opérée reste fixée à 38, 39°, tandis que, localement, la peau est nettement inflammatoire, laissant s'écouler par le drainage ou la suture un liquide louche mêlé de particules graisseuses. Il peut s'agir d'un hématome infecté, d'un abcès du sein, ou d'une nécrose glandulaire localisée. Les antibiotiques et les soins locaux en auront raison, mais la cicatrisation en est retardée, et la longueur des soins considérablement allongée.

La nécrose aréolaire localisée : C'est une faute opératoire :

— soit que l'on ait endommagé les vaisseaux de surface,

— soit qu'un enroulement trop prononcé ait gêné la circulation mamelonnaire,

— soit encore que la suture aréolo-cutanée ait été faite sous tension.

La conséquence en est, sous quinzaine, la nécrose marginale mamelonnaire donnant une cicatrice irrégulière, pouvant amener à une retouche si l'opérée en manifeste le désir.

La nécrose cutanée localisée : Elle ne peut se voir que dans les très grands décollements, là où la « doublure » tégumentaire n'a pas été suffisante, c'est dire qu'elle est exceptionnelle dans la méthode oblique externe.

Encore faut-il se méfier de l'abus de l'électrocoagulation à la face profonde de la peau, ainsi que de sutures sous tension, surtout à la partie moyenne du fuseau, dans les hypertrophies importantes.

La cicatrice de cette nécrose cutanée est étoilée et pigmentée, repoussant à six mois au moins la retouche éventuelle.

LES ACCIDENTS.

Ils ne devraient jamais se voir.

Ce sont :

— l'infection grave avec nécrose glandulaire. Celle-ci peut d'ailleurs se voir isolément si l'on a compromis la vitalité du pédicule interne, quel que soit le mode du traumatisme.

— la nécrose mamelonnaire totale : c'est la catastrophe, et la complication majeure. Elle nécessitera, après cicatrisation, la réfection du mamelon.

LES MORPHOLOGIES ERRONÉES.

1) *Le mamelon trop haut* est un défaut classique, surtout si l'on se réfère à des tracés pris sur une glande hypertrophiée et ptosique. L'élasticité cutanée après réduction glandulaire remonte le mamelon plus qu'on ne l'aurait

prévu, c'est dire l'importance de ne pas chercher à le remonter, et de ne l'extérioriser qu'en fin d'intervention.

2) *Les mamelons convergents*, parce que trop internes, correspondent à la même erreur, parce que voulant les remonter, on les place trop en dedans. Ils sont très inesthétiques.

3) *Les mamelons trop bas ou trop externes* sont au contraire une erreur peu fréquente : il faudrait une faute de taille dans les lambeaux ou une nécrose sous-aréolaire pour raccourcir la distance aréolo-sous-mammaire.

4) *Une symétrie imparfaite* est relativement fréquente en des mains peu expérimentées, d'où l'importance :

- de la symétrie de la construction linéaire cutanée,
- de la pesée comparative des exérèses glandulaires,
- de l'extériorisation mamelonnaire, une fois les deux seins terminés, et en s'aidant des repères médians.

5) *Les seins aplatis*. Non pas comme dans la technique de Passot, où le fait est obligatoire, mais par perte du galbe supérieur sus-aréolaire. Ceci est dû à la difficulté du modelage de la glande : relativement facile dans les hypertrophies glandulaires pures, il est déjà bien plus délicat dans les hypertrophies mixtes. Après résection en S de BIESENBERGER, l'enroulement porte surtout sur les portions inféro-externes, mais le galbe supérieur est peu modifié.

Par contre, dans la variante « opération colimaçon » de GILLIES et MARINO, il existe une véritable plastie de la moitié supérieure de la glande, venant renforcer le galbe.

Il est incontestable que la forme de la glande obtenue par la méthode oblique externe est moins parfaite que celle obtenue par la méthode de BIESENBERGER.

6) *L'oreille de la partie inféro-externe* de la cicatrice :

- elle est obligatoire, comme dans toute résection en fuseau,

— elle est d'autant plus marquée que l'hypertrophie et la ptose sont accusées,

— elle réalise la limite de la méthode, qui, de ce fait, s'adresse mal aux hypertrophies avec ptose importante,

— elle peut être corrigée, mais fait perdre à la méthode sa valeur, puisque multipliant les cicatrices.

Ceci nous amène à :

7) *L'étude de la cicatrice post-opératoire.* Compte tenu du « terrain cicatriciel » de l'opérée, dont on s'est inquiété avant l'intervention, l'on peut affirmer que :

La cicatrice périaréolaire est pratiquement invisible à condition : que la loge cutanée ne soit pas trop large (suture sous tension = nécrose) ; que la loge cutanée ne soit pas trop étroite, car il y a alors hernie du mamelon, fort inesthétique ; qu'enfin la ligne de suture soit invisible (surjet approchant).

La cicatrice oblique s'estompe bien comme d'ailleurs la suture verticale de BIESENBERGER.

Elle est surtout visible à sa partie inféro-externe, a fortiori s'il existe une « oreille ».

Elle est donc surtout visible de profil, lorsque l'opérée bombant le torse, dégage la région, en reculant ses bras.

Elle s'efface rapidement avec le temps, pâissant et s'aplatissant, à condition que les points ne serrent pas la peau et que la suture soit soulagée de toute tension en fin d'intervention et dans les mois qui suivent. En revanche, de face elles sont très peu visibles, et sur la patiente couchée, les seins plissant latéralement, elles disparaissent complètement.

Ces faits représentent pour nous un avantage majeur sur la méthode de BIESENBERGER.

Il nous semble capital, pour prévenir les cicatrices hypertrophiques, ou pour les améliorer, d'utiliser la Delta hydrocortisone en pommade et massages locaux, dans les six mois qui suivent l'intervention.

Mais la chéloïde vraie peut néanmoins exister, bien

que nous ne l'ayons jamais rencontrée dans la méthode oblique externe. Elle est due non pas tant au terrain, car l'existence d'autres cicatrices l'aurait fait prévoir et surseoir à l'intervention, mais déclenchée par une erreur technique (suture trop serrée ou infection locale).

Il faut donc instituer, en cas de chéloïde :

Dans les six premiers mois : La D.-hydrocortisone en injections locales ou en pommade, avec massages.

Après six mois : Faire l'exérèse de la cicatrice et du tissu fibreux sous-jacent, suivie de suture fine et de radiothérapie, 3 séances à 8 jours d'intervalle (500 r), la première immédiatement dans les suites de l'intervention.

RESULTATS ET STATISTIQUES (114 CAS)

1) COMPLICATIONS POST-OPÉRATOIRES GRAVES.

Nous n'avons jamais observé de phénomène de nécrose. Qu'elle soit :

- glandulaire,
- cutanée,
- ou mamelonnaire.

2) LES INCIDENTS POST-OPÉRATOIRES.

- a) Dans cinq cas il s'agissait d'un *hématome*, s'accompagnant de douleurs, fièvre.
Incident cédant aux pansements humides et aux antibiotiques.
Dans trois cas, il dut être évacué par désunion sur un centimètre de la cicatrice.
- b) Depuis le drainage systématique, quinze cas présentèrent un écoulement *séro-sanguinolent* par l'orifice de drainage, sans infection, et avec cicatrisation spontanée satisfaisante.
- c) Tous les autres cas ont été guéris sans autre incidents, les ecchymoses, l'œdème, et, l'induration de la cicatrice persistant pendant quinze jours.
Les pommades aux corticoïdes et les petits massages sont entrepris systématiquement à partir de la troisième semaine.



FIGURE 10
Hypertrophie modérée avec ptose modérée
chez une femme de 27 ans

3) RAPPORT DE CES INCIDENTS AVEC L'ÂGE.

Si ces incidents réalisent près de 8 % de la statistique, il est à remarquer que tous les sujets avaient entre 35 et 45 ans.

4) LES TROUBLES DE LA SENSIBILITÉ.

Dans l'immense majorité des cas, elle est normale après trois semaines.

Dans douze cas il fut observé une anesthésie dans le territoire supéro-externe du mamelon.

5) MÉTHODE OBLIQUE, GROSSESSE ET ALLAITEMENT.

Sur 114 cas mentionnés, 16 fois il y eut grossesse ultérieure, et dans trois cas, l'allaitement a pu se faire normalement.

Qualité esthétique des résultats

On les considérera : Très bons lorsque la forme du sein est bien galbée, que la symétrie des mamelons est parfaite, que les cicatrices sont peu ou non sensibles.

On peut les considérer comme bons, lorsque la symétrie de siège et de volume est satisfaisante, malgré une conformation irrégulière du couple aérolo-mamelonnaire et des cicatrices visibles.

Enfin le résultat peut être considéré comme médiocre du fait de la dysharmonie de la forme du sein ; surtout de l'asymétrie des mamelons, enfin de la mauvaise qualité des cicatrices.

Nous trouvons : 44 très bons résultats.

63 bons résultats.

7 médiocres.



FIGURE 11
Ptose importante chez une jeune fille de 18 ans



FIGURE 12
La même patiente, résultat de la méthode.
Noter l'aréole boursouflée en verre de montre
du fait d'une loge trop étroite.



FIGURES 13 ET 14

Hypertrophie graisseuse avec ptose du deuxième degré
chez une femme âgée de 45 ans

Durabilité

Elle est fonction de la nature de l'affection :

— dans les hypertrophies glandulaires pures, le niveau du mamelon ne varie pas de plus de 2 centimètres dans les 4 ans qui suivent.

— dans les hypertrophies mixtes, il est évident que l'intervention ne modifie pas la dystrophie glandulaire, et la différence peut atteindre 3 à 5 centimètres dans les 4 ans qui suivent.

— dans les ptoses isolées, il est délicat de se faire une idée exacte car il est difficile de revoir les patientes dans un délai de 5 ans.

Sur 7 de ces malades revues après trois ans, la variation majeure est de 4 centimètres.

TABLEAU I
Résultats sur 114 cas

Classification	Age des patientes	Incidents	Résultats esthétiques
Hypertrophie glandulaire	de 20 à 30 ans 48	Nécrose 0	Très bons 44
Hypertrophie mixte	de 30 à 40 ans 65	Hématome injecté 2	Bons 65
Ptose	de 40 à 50 ans 17	Hématome simple 15	Médiocres 7



FIGURES 15 ET 16

Ptose pratiquement pure chez une patiente de 30 ans

CONCLUSIONS

L'hypertrophie mammaire avec ou sans ptose s'avère être une difformité des parois au même titre qu'une hernie ombilicale ou un prolapsus génital.

L'embryologie, l'anatomie et l'histologie nous démontrent que l'on ne doit opérer ces patientes qu'entre 20 et 50 ans, en s'adressant aux hypertrophies purement glandulaires ou aux hypertrophies mixtes.

Les indications sont d'ordre somatiques, sociales, ou psychiques.

Les contre-indications peuvent être formelles du fait de l'état général, de l'état local ou encore de l'état mental du sujet.

Trois points ont été précisés dans la discussion de cette intervention : le degré d'obésité, le désir d'allaitement ultérieur, le terrain cicatriciel enfin.

Les deux méthodes fondamentales sont :

la méthode viennoise de BIESENBERGER,

la méthode française dite de PASSOT-MORESTIN.

Toutes les autres sont des modifications ou des amalgames des deux précédentes.

Avantages de la méthode oblique externe :

La méthode proposée est dite oblique externe, suivant la terminologie que lui a attribuée Hélène Marc en 1952.

En fait, elle n'a de commun avec la description princeps de cet auteur, que la cicatrice oblique résiduelle.

Par contre, s'appuyant sur des bases plastiques et anatomiques, la méthode proposée vise à pallier les inconvénients de l'intervention de BIESENBERGER.

Au cours de celle-ci et dans toutes les techniques qui en dérivent, l'on a recours à une résection cutanée étendue ; l'on réduit les lambeaux dans les deux sens, et l'on obtient un galbe parfait. Mais la cicatrice verticale, surtout la cicatrice sous-mammaire font que le résultat plastique est imparfait.

« Si l'on tire une ligne imaginaire, horizontale, passant par les deux mamelons, la partie inférieure des deux seins n'offre qu'un champ labouré de cicatrices ». La phrase est de M^{me} Hélène MARC, et sans peut-être aller jusque-là, disons que le résultat incite à vouloir mieux faire.

Ainsi la méthode oblique externe nous semble simple, elle est bien plus rapide que le Biesenberger, parce que l'abord est plus direct sur la région à réséquer.

Comme toute plastie mammaire, elle comporte un temps de transposition mamelonnaire, une plastie cutanée, et une plastie glandulaire proprement dite :

La résection cutanée en quartier d'orange, inféro-externe, circonscrivant l'aréole et le mamelon, est pratiquée d'emblée, après tracé soigneux pré-opératoire.

Il n'y a plus de tâtonnement au milieu de l'opération avant la suture.

— Le décollement sous-cutané relativement est peu détendu, en tout cas égal sur les deux lèvres de la plaie, d'où un risque moindre de nécrose cutanée.

En effet, il n'y a pas à proprement parler de lambeau, ni de cicatrices angulaires.

— La résection et le modelage de la peau sont moins importants quant au résultat définitif que la résection, le modelage et la suspension du tissu glandulaire.

— La résection glandulaire est pratiquée sur le versant externe de la glande, avec sacrifice du pédicule externe.

Mais l'on conserve un moignon du prolongement axillaire conformément à l'anatomie des deux mésos portevaisseaux et ligaments suspenseurs.

Ce modelage par enroulement de la glande et suspension au moignon, sont les plus importants de l'intervention.

Plusieurs *variantes* ont été décrites faisant suite à la technique de base :

Dans certaines hypertrophies modérées la résection glandulaire en quartier d'orange, dans le quadrant inféro-externe, a comme avantage de ne supprimer aucun pédicule, de ne les soumettre à aucune rotation ni tension, d'éviter enfin tous les décollements importants.

Les nouveaux seins sont suspendus et maintenus en place par leurs moyens naturels.

— dans tous les cas l'extériorisation du mamelon est décidée en dernier lieu de façon à réaliser une symétrie parfaite et à les fixer en bonne place.

— la rançon cicatricielle est réduite au *minimum* : la cicatrice oblique et latérale ne brise pas la silhouette du sein, elle tombe dans l'ombre de l'aisselle ; vus de face, les deux hémisphères mammaires se présentent unis et lisses, le sillon sous-mammaire est net ainsi que toute la partie inférieure de la glande.

Critique de la méthode. — Le défaut réel de la cicatrice oblique est de dépasser légèrement la nouvelle ligne sous-mammaire, mais ceci se produit dans une région peu visible et en tout cas masquée par le soutien-gorge.

Cette technique se prête moins bien aux résections étendues en cas d'hypertrophie et de ptose importante.

Variante de la méthode. — Nous avons décrit la modification du tracé cutané, dans les ptoses ou hypertrophies modérées.

La résection en quartier d'orange dans ces dernières réalise une intervention d'une simplicité et d'une rapidité remarquables.

Résultats.

Du point de vue opératoire : sur 114 cas opérés il n'existe aucune complication *grave* ; notamment aucun décès, ni aucun phénomène de nécrose qu'il soit aréolaire, cutané, ou glandulaire.

Quinze cas soit 9 % environ, ont présenté dans les suites opératoires un écoulement séro-sanglant sans conséquence grave.

L'installation du drainage systématique a considérablement diminué la conséquence de cette complication.

Il est à remarquer qu'il s'agissait de patientes entre 35 et 40 ans, ce que RAGNELL, comme GALTIER avaient déjà constaté.

La sensibilité du mamelon revient 6 à 8 semaines après l'intervention.

Quant à la lactation, dans 16 cas, elle fut réelle, et dans trois cas l'allaitement fut réalisé sans la moindre complication. Mais nous déconseillons toutefois l'allaitement maternel dans la majorité des cas.

Du point de vue plastique : les résultats sont bons.

L'erreur la plus fréquemment appliquée au début de la série, est un mamelon trop haut ; nous avons insisté sur les hernies mamelonnaires enserrées dans une aréole trop étroite.

Dans trois cas de grosses hypertrophies (supérieures à 650 g. par sein) le résultat plastique est moins parfait qu'il aurait été souhaitable.

Enfin, la cicatrice est assez longue, et terminée en bas par une « oreille » prononcée, ayant nécessité dans deux cas une intervention correctrice.

Sur les 114 cas, la cicatrice n'a jamais été chéloïdienne, en particulier n'a jamais nécessité de résection secondaire.

Au total notre statistique se décompose en :

- 44 très bons résultats,
- 63 bons résultats,
- 7 médiocres.

En conclusion, il s'agit d'une méthode simple, facile à exécuter, ne nécessitant pas de dissection étendue, restant prudente dans la résection glandulaire, respectant au maximum l'anatomie et la physiologie des seins.

Elle ne veut en aucun cas être prétentieuse.

Elle cède le pas à la technique de BIESENBERGER dans les grosses hypertrophies mammaires. Par contre, dans les ptoses et hypertrophies modérées elle reprend tous ses droits. L'on peut penser que c'est précisément dans ces cas, que la méthode Viennoise donne ses résultats les plus parfaits ; mais la technique proposée me semble plus simple, plus rapide, plus stable, plus esthétique et moins dangereuse.

Vu : *Le Doyen,*

L. BINET.

Vu : *Le Président de Thèse,*

G. CORDIER.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

J. ROCHE.

BIBLIOGRAPHIE

- ANSON (B.) et WRIGHT (R.). — Blood supply of the mammary gland. *Surg. Gynec. and Obst.*, 1939, 69, 468.
- AUFRICHT (E.). — Mammoplastie for pendulous breast. *Plastic and Reconstr. Surg.*, 1949, vol. 4, 13.
- BERNARD (I.). — *Plastique mammaire*. Maloine, Paris 1936.
- BIESENBERGER (H.). — Déformitäten und kometische operationen der weiblichen brust, verlag. *Maudrich, Wien*, 1931. — Blutversorgung und zirkulare umschneidung-des operativen brust. korrektur. *Zentralblatt. F. Chir.*, 1935, 62, 1218.
- BURIAN. — Our experience with mammoplasties. *Rev. de Chir. Struct.*, 1938, 181, 35.
- CLAIRMONT (P.). — Mammoplastik. *Rev. de Chir.*, 1938, 8, 48.
- CLAOUÉ (C.). — Brust plastik. *Arch. F. Klin.*, 1937, 189, 533.
- DARTIGUES (M.). — Traitement chirurg. des prolapsus mammaires. *Arch. Franco-Belges de Chir.*, 1925, 38, 313.
- DUFOURMENTEL (Cl.) et MOULY (R.). — Plastic mammaire par la méthode oblique. *Ann. de Chirg. Plast.*, vol. VI, 1^{er} avril 1961, p. 45-58.
- DUFOURMENTEL (L.). — Chirg. réparatrice et correctrice des téguments et des formes. Masson et C^{ie}, Paris 1939.
- EHRENFELD (H.). — Neure anschzuungen in der frage der korrektivenhängebrust plastik und ein neues verfahren. *Zentral Blatt. F. Chi.*, 1935, 62, 628.
- GALTIER (M.). — *Chirurgie esthétique mammaire*. 1 vol., Doin, Paris 1955.
- GILLIES (H.). — Reduction of the breasts modern operation in : *Turner. G. Grey.*, 3 RD. ED, vol. 2, 1944.
- GILLIES et MAC INDOE (A.H.). — The technique of mammoplastie in conditions of hypertrophy of the breast. *Surg. Gynec. Obstr.*, 1939, 68, 658.
- GIROUD et LELIÈVRE. — *Eléments d'embryologie*. Le François, Paris, 1948.

- GLASS (E.). — Mamma pendula beschwerdeb und büstenhalter. *Deutsche. Med. Wochenschr.*, 1925, 51, 660.
- GLASMER (E.). — Die formfeherer und die plastischen operationen der wieblicheb brust. Ferdinand Enke, Stuttgart, 1930.
- HAVELOCK-ELLIS. — Plastique mammaire. Considérations Méd. Chir. Maloine, Paris 1936.
- JOSEPH (J.). — Mammaplastik oder masto plastik. Leipzig, 1931.
- Zur operation der hypertrophischen hangebrust. *Deutsch Med. Wochenschr.*, 1925, 51, 1103.
- KAHN (R.). — Die innervation der milchdrüse. *Klin. Wochenschr.*, 1925, 4, 2256.
- KAST (H.). — Über eine hängebrustoperation mit totaler umschneidung des warzenhofes. *Chir.*, 1940, 12, 647.
- KAHFMANN (R.). — Artères de la glande mammaire chez la femme. *Ann. d'Ana. Path.*, 1933, 10, 925.
- KOESTER (K.H.). — Mammaplastik. *Nord. Med.*, 1939, 4, 3068.
- KRAUSE (W.H.). — Zum heutigen stand der mammaplastik. *Der Chirurg.*, 1940, 12, 642.
- LAMONT (E.S.). — Plastic surgery in reconstructing enlarged breasts on stage mastopexy. *Surgery*, 1945, 17, 379.
- LOTSCH (F.). — Ein Wort zur mammasplastik. *Zentralbl. F. Chir.*, 1936, 63, 164.
- MAC INDOE (A.H.). — Review of 80 cases of mammaplasty. *Rev. de Chir. Struct.*, 1938, 8, 39.
- MALINIAC (J.W.). — Prevention of necrosis in plastic repair of the breast. *Am. J. Surg.*, 1934, 66, 292.
- Breast deformities anatomical and physiological considerations in plastic repair. *Am. J. Surg.*, 1938, 39, 54.
- Asymmetrical breast deformities. *Ann. Surg.*, 1934, 99, 743.
- MARCUS (G.H.). — Untersuchungen uber die arterielle blutversorguns der mamilla. *Arch. F. Klin.*, 1934, 179, 361.
- MAY (H.). — Reconstruction of breast deformities. *Surg. Gyn. et Obst.*, 1943, 77, 523.
- MARC (H.). — La plastie mammaire par la méthode oblique. 1 vol., Doin, Paris 1952.
- MOREL-FATIO (D.). — Chirurgie de l'hypertrophie mammaire avec ptose. Iconographie chirurgicale. E.M.C.H., éd., Paris.

- PASSOT (R.). — La correction esthétique du prolapsus mammaire par le procédé de transposition du mamelon. *Presse Médicale*, 1925, 33, 317.
- PENN (J.). — Breast reduction. *Brit. J. Plast. Surg.*, 1955, 7, 357.
- RAGNELL (A.). — Correction of hypertrophy and ptosis of the female breast. *Surg. Stockholm*, 1946.
- ROUVIÈRE (H.). — Anatomie humaine. Masson, édit.
- SALMON (M.). — Les artères de la glande mammaire. *Ann. d'Ana. Path.*, 1939, 16, 477.
- SANER (F.D.). — The breast. J. Wright et Son, éd., 1950.
- SCHWARMANN (E.). — Die technik der mammasplastik. *Der Chirg.*, 1930, 2, 932.
- THOREK (M.). — Plastic reconstruction of the breast and abdomen. *im. J. Surg.*, 1949, 43, 268.

TABLE DES MATIERES

PLAN	13
AVANT-PROPOS	15
HISTORIQUE	17

PREMIÈRE PARTIE

EMBRYOLOGIE	19
ANATOMIE	20
VASCULARISATION DU SEIN	25
CLASSIFICATION DES PTOSSES ET HYPERTROPHIES MAMMAIRES	31
A — Les hypertrophies	31
B — Les ptoses	32

DEUXIÈME PARTIE

PRINCIPES DE LA MÉTHODE OBLIQUE EXTERNE	35
A — Le procédé dit de Passot	35
B — La méthode de Biesenberger, de Vienne	35
C — La méthode oblique	38
TECHNIQUE CHIRURGICALE	41
1 — Préparation du malade	41
2 — L'anesthésie	41

3 — La position	41
4 — Les repères cutanés	42
5 — La dissection péri-aréolaire	44
6 — Incision et résection cutanée	44
7 — Dissection sous-cutanée	47
8 — Libération profonde de la glande	47
9 — La résection mammaire	49
10 — Modelage de la glande	49
11 — Suspension au prolongement axillaire	49
12 — Suture cutanée	49
13 — Réalisation de la même opération du côté opposé	51
14 — Création du nouveau logement mamelon- naire	51
15 — Le drainage	51
16 — Le pansement	52
 VARIANTES DE LA TECHNIQUE OPÉRATOIRE	 53
1 — Hypertrophie très importante, avec ptose considérable	53
2 — La ptose légère sans hypertrophie	53
3 — L'hypertrophie modérée sans ptose	57
4 — Les hypertrophies modérées	59
 CONTRE-INDICATIONS A L'INTERVENTION	 61
1 — L'état général	61
2 — L'état local	61
3 — L'état mental	62
 INDICATIONS	 63
1 — Les indications générales	63

2 — A quels cas s'adresse la méthode oblique externe	64
3 — Reste à envisager le cas des hypertrophies importantes	66
COMPLICATIONS	68
Les incidents	68
Les accidents	69
Les morphologies erronées	69
RÉSULTATS ET STATISTIQUES	73
Qualité esthétique des résultats	75
Durabilité	78
CONCLUSIONS	81
BIBLIOGRAPHIE	87

Librairie ARNETTE à Paris

N° d'édition 15/1964

Imp. Bosc Frères, Lyon - Dépôt légal n° 3177 - 1^{er} trimestre 1964

